faculté de médecine de dijon

année 1975 · n° 58

le traitement chirurgical des pancréatites chroniques à propos de trente-cinq observations

travail de la clinique chirurgicale (professeur Viard)

thèse présentée à la faculté de médecine de dijon et soutenue publiquement le 29 septembre 1975 pour obtenir le grade de docteur en médecine par michel CAYOT, interne des hôpitaux de dijon, né le 24 décembre 1946 à barlin (pas-de-calais).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE DIJON

année 1975 · n° 58

le traitement chirurgical des pancréatites chroniques à propos de trente-cinq observations

travail de la clinique chirurgicale
(professeur Viard)

THÈSE

présentée
à la Faculté de Médecine de DIJON
et soutenue publiquement le 29 Septembre 1975
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par

Michel CAYOT

interne des hôpitaux de dijon

né le 24 décembre 1946 à barlin (pas-de-calais).

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. J.B. BOUHEY	:	Doyen
M. A. MARIN	:	Assesseur
M. R. PUTELAT	:	Assesseur
M. J.P. DIDIER	:	Assesseur
M. J. GUERRIN	:	Assesseur

M. J. GUYOT : Professeur honoraire
M. F. BARON : Professeur honoraire

PROFESSEURS TITULAIRES

Anatomie et organogénèse	P. BARRY
Anatomie pathologique et carcinologie	F. CABANNE - Doyen honoraire
Biochimie	P. PADIEU
Cardiologie	J.B. BOUHEY
Clinique chirurgicale	H. VIARD
Clinique médicale	P. CORTET
Clinique obstétricale et gynécologique	J. JAHIER
Clinique médicale infantile	M. ALISON
Clinique neuropsychiatrique	J. BALLIVET
Hépatologie - gastro entérologie	Cl. KLEPPING
Histologie	G. RUCART
Maladies infectieuses	F. DESTAING

Médecine légale et toxicologie	A. MARIN
Pathologie chirurgicale	C. FERRY
Pathologie médicale	R. PUTELAT
Physiologie	J. KLEPPING
Biophysique	P. GAILLIARD

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	R. MICHIELS
Biochimie	J. DEDREUX
Médecine préventive et Santé publique, Hygiène	M. CARON
Parasitologie	Mme Y. ROUGET
Chirurgie générale	P. AUPECLE
Radiologie (Radiodiagnostic)	J.P. MABILLE

PROFESSEUR CHARGÉ DE COURS À TITRE PERMANENT

Bactériologie, Virologie	P. PICHAT

MAÎTRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie et Organogénèse	J.M. AUTISSIER
Anesthésiologie	B. CAILLARD
Carcinologie	J. GUERRIN
Chirurgie générale	S. BRIET
	G. PIGANIOL

Gynécologie et Obstétrique	J. SALASC
	J.P. FELDMAN
Hématologie et Maladies du sang	A. DUZER
Médecine expérimentale, Immunologie	F. MARTIN
Médecine interne	M. GAUDET
	P. LOUIS
Néphrologie	G. RIFLE
Neurochirurgie	A. THIERRY
Neurologie	A. DUMAS
Orthopédie, Traumatologie,	
Chirurgie plastique et reconstructive	P. GRAMMONT
Parasitologie	P. CAMERLYNCK
Pédiatrie et Génétique médicale	J.L. NIVELON
Pharmacologie	A. ESCOUSSE
Physiologie	J.P. DIDIER
Pneumologie, Phtisiologie	L. JEANNIN
Radiologie, radiodiagnostic	M. WEILLER
	D. BINNERT
Radiologie, radiothérapie	J.Cl. HORIOT
Rhumatologie	J. STRAUSS

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Anatomie pathologique	R. GARNEAU

AGRÉGÉS LIBRES

Dermatologie, Vénéréologie	J.L. CHAPUIS
Ophtalmologie	P.G. MOREAU
Urologie	R. GAYET

LA FACULTE DE MEDECINE DE DIJON DECLARE QUE LES OPINIONS EMISES DANS LES THESES QUI LUI SONT PRESENTEES DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE ENTEND NE LEUR DONNER NI APPROBATION NI IMPROBATION.

JURY DE LA THESE

PRESIDENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR Henri VIARD

MEMBRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR Claude KLEPPING

MONSIEUR LE PROFESSEUR Paul AUPECLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE Serge BRIET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE Guy PIGANIOL

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant l'effigie d'Hippocrate, en présence des Maîtres de cette Faculté et de mes condisciples.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai gratuitement mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira ni à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

Faculté de Médecine de Dijon

A MES PARENTS

A FRANCOISE

A MES FRERES ET A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur H. VIARD

Dès les premiers mois de notre internat nous avons été séduit par la rigueur de ses indications et son adresse à les réaliser. Plus tard, nous avons découvert ses qualités de Chef de Service et de Patron. Nous sommes fier et heureux d'appartenir à son Equipe.

Que ce travail qu'il nous a confié en nous laissant une grande liberté pour sa réalisation soit un témoignage de notre attachement et de notre reconnaissance.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur C. KLEPPING

Il nous a toujours reçu avec courtoisie et bienveillance et nous souhaitons que notre goût pour la chirurgie digestive, nous donne souvent l'occasion de collaborer avec lui.

Nous le remercions vivement d'avoir accepté de juger ce travail qui traite de gastro-entérologie, certes, mais sous un angle bien chirurgical.

Monsieur le Professeur P. AUPECLE

Nous avons beaucoup appris, dans son Service, en le regardant opérer. Le bon sens de ses décisions, la vivacité de son geste chirurgical et la simplicité de son contact sont pour nous des modèles.

Il a bien voulu siéger parmi nos Juges ; nous l'en remercions et l'assurons de notre respectueuse estime.

Monsieur le Professeur Agrégé S. BRIET

Sa gentillesse et sa simplicité nous rassurent au seuil de nouvelles responsabilités, et nous sommes heureux de travailler bientôt à ses côtés.

Qu'il trouve ici le gage de notre sincère attachement.

Monsieur le Professeur Agrégé G. PIGANIOL

Son dynamisme et son habileté nous ont fait passer un excellent dernier semestre d'internat.

Nous le remercions d'avoir accepté de juger ce travail un peu éloigné de ses préoccupations habituelles, et l'assurons de notre profonde reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX :

EXTERNAT DES HOPITAUX DE LYON

Monsieur le Professeur R. PEYCELON

Monsieur le Professeur P. MAILLET

En nous faisant découvrir la perfection chirurgicale, il a décidé de notre vocation. Nous gardons un souvenir inoubliable du semestre passé à Sainte Foy lès Lyon, et notre seul regret en revenant à Dijon fut de penser que nous ne serions plus son élève.

Monsieur le Professeur J.C. KALB

Monsieur le Professeur R. BRETTE

Monsieur le Professeur L. ROCHE

Monsieur le Professeur Agrégé P. PALIARD

Monsieur le Professeur Agrégé J. MOTIN

INTERNAT DES HOPITAUX DE DIJON

Monsieur le Professeur H. VIARD

Monsieur le Professeur G.C. LECLERC

Monsieur le Professeur P. AUPECLE

Monsieur le Professeur C. FERRY

Monsieur le Professeur Agrégé R. GAYET

Monsieur le Professeur J. JAHIER

Monsieur le Professeur Agrégé S. BRIET

Monsieur le Professeur Agrégé G. PIGANIOL

LABORATOIRE D'ANATOMIE DE LA FACULTE DE MEDECINE DE DIJON

Monsieur le Professeur P. BARRY

Monsieur le Professeur Agrégé J.M. AUTISSIER

A Monsieur le Docteur J.P. FAVRE

Il nous a aidé à concevoir et à réaliser cette thèse. Nous souhaitons qu'il y trouve la preuve de notre amitié.

A Monsieur le Docteur FOISSAC , à Christian VERAIN et à Bernard LAMY

Qui nous ont aidé à réaliser notre iconographie.

Aux SECRETAIRES MEDICALES à qui nous avons donné beaucoup de travail.

Aux ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE des Hôpitaux de Dijon, qui ont guidé amicalement nos premiers pas chirurgicaux, et à qui nous devons beaucoup de ce que nous savons.

A Madame le Docteur M. MAILLET
A Monsieur le Docteur N. COFFY

dont la gentillesse pour nous n'eut d'égal que l'indulgence.

A nos camarades d'Internat.

Au personnel des hôpitaux avec qui nous travaillons chaque jour.

Introduction

Maladies essentiellement médicales, les pancréatites chroniques sont rarement confiées au chirurgien, sauf en cas de complications ou d'échec total et définitif du traitement médical. Ce fait est peut-être dû à la gravité de certaines interventions d'exérèse, et aux résultats inconstants de certaines opérations indirectes ou de dérivation.

Cette étude a pour but de présenter l'expérience en matière de traitement chirurgical de la pancréatite chronique de la Clinique Chirurgicale de la Faculté de Médecine de Dijon (Professeur Henri VIARD).

Elle regroupe trente-cinq observations (*) traitées par la même équipe de 1965 à 1974 et a pour objectif de faire le point à un moment donné d'une activité chirurgicale.

(*) La plupart de ces malades viennent des services des Professeurs Cl. KLEPPING, P. CORTET, et R. PUTELAT. Nous tenons à les remercier d'avoir mis leurs dossiers à notre disposition.

GENERALITES

Eliminons d'emblée le problème de définition : Nous appelons pancréatite chronique les lésions inflammatoires persistantes du pancréas, sans faire de distinction entre les pancréatites chroniques calcifiantes ou non calcifiantes, canalaires ou non canalaires, chroniques ou récidivantes. Nous incluons dans notre étude celle des pseudo-kystes pancréatiques survenant au cours d'une pancréatite chronique, considérant qu'ils ne sont qu'un aspect anatomique évolutif de la maladie pancréatique (SARLES, MERCADIER). Nous ne retenons pas les pancréatites chroniques secondaires, à une lithiase biliaire par exemple, justiciables d'un traitement étiologique.

Dans ce domaine très vaste où bien des points restent obscurs nous éliminerons l'historique, la pathogénie et la philosophie de la pancréatite chronique qui ont fait l'objet de très nombreuses publications. Nous étudierons uniquement notre expérience du traitement chirurgical de cette maladie qui se présente à nous sous des formes très diverses. Nous analyserons nos résultats, en les comparant à des séries de même importance de la littérature, tout en sachant que le petit nombre de nos observations ne nous permet pas d'en tirer d'arguments statistiques, pas plus que de calculer des pourcentages.

PLAN DU TRAVAIL

Nous présenterons tout d'abord nos observations en envisageant successivement les données étiologiques, les faits marquants parmi les antécédents de nos malades et leurs relations avec la maladie pancréatique, puis leur symptomatologie. L'examen clinique sera bref, car ses données sont pauvres en matière de pancréatite chronique, ce qui justifie l'importance du bilan biologique et radiologique pour apprécier la morphologie et le fonctionnement du pancréas malade. La valeur des différents examens paracliniques pour poser l'indication opératoire sera discutée à la lumière de notre expérience et de celle de la littérature.

Nous étudierons ensuite les diverses interventions réalisées ainsi que leurs résultats immédiats et à long terme.

Enfin, les commentaires nous permettront d'isoler artificiellement les pancréatites chroniques non compliquées, véritables infirmités pour lesquelles la chirurgie est l'ultime recours, des pancréatites chroniques compliquées, dans lesquelles le traitement de la complication prime celui des lésions pancréatiques, et nous schématiserons les indications opératoires pour chacun de ces deux groupes.

Données Etiologiques

I. L'AGE ET LE SEXE

A. L'AGE

Les âges de nos malades lors de l'intervention se répartissent selon une pyramide parfaitement symétrique (Tableau 1), avec un maximum de fréquence entre trente-cinq et quarante-cinq ans, et un âge moyen de quarante-trois ans.

Cette moyenne se retrouve dans les statistiques chirurgicales :

GUILLEMIN (1974)	42 ans et demi
GROSDIDIER (1973)	46 ans
WAY (1974)	42 ans
SATO (1975)	45 ans
VIARD (1975)	43 ans.

Elle est supérieure à l'âge moyen des statistiques des services de gastro-entérologie (VACHON (1973) : 38 ans, LEVRAT (1970) : 38, 9 ans) dans lesquelles est pris en considération l'âge d'apparition du premier symptôme de pancréatite chronique, qui précède d'environ cinq ans un éventuel acte chirurgical.

B. LE SEXE

Il n'y a que deux femmes sur trente cinq malades, prédominance masculine partout retrouvée, peut-être un peu plus nette que dans les autres séries :

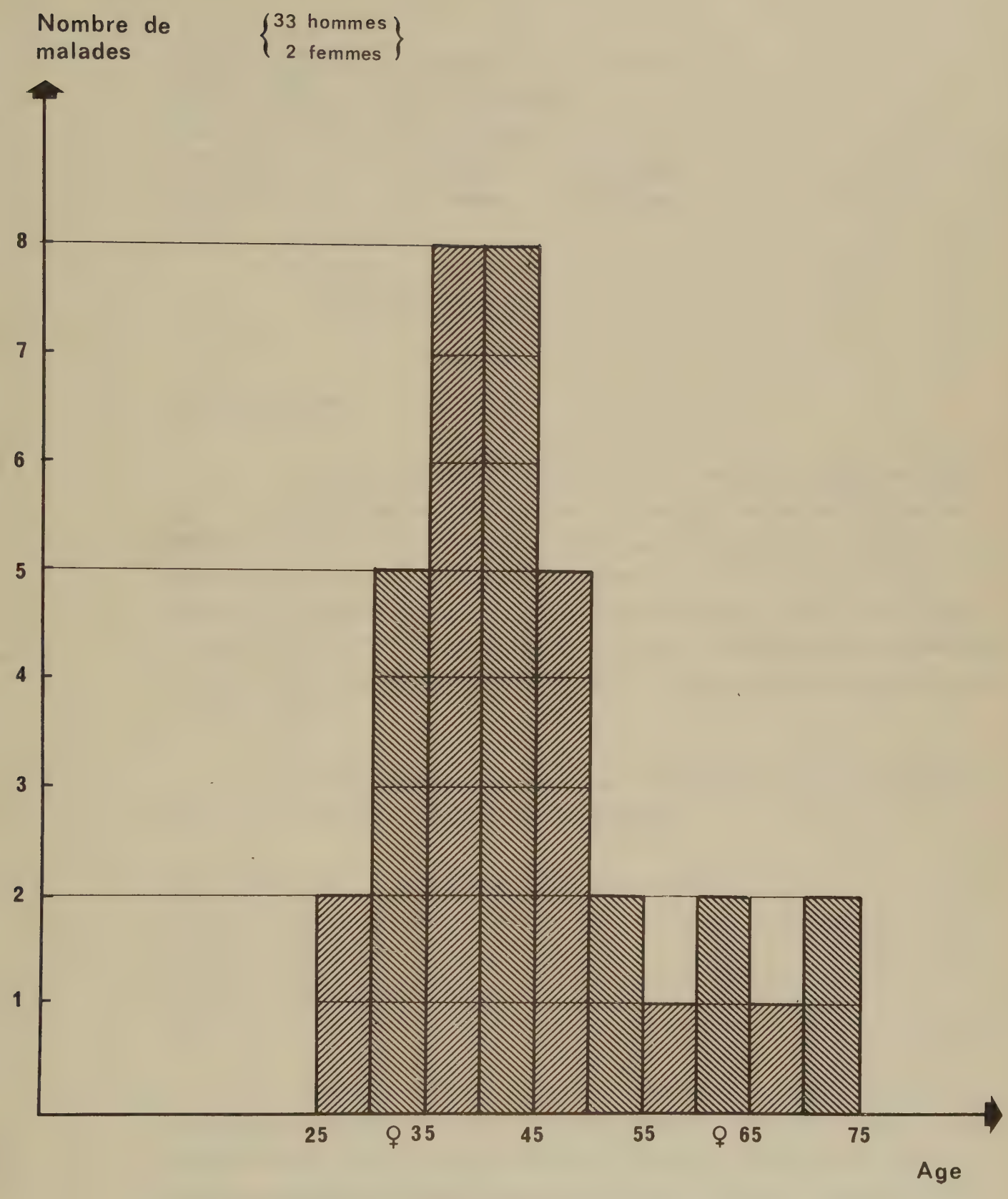


Tableau n° 1

PYRAMIDE DES AGES

GUILLEMIN (1974)	66 hommes	3 femmes
LEVRAT (1970)	87,7% d'hommes	
GROSDIDIER (1973)	85% d'hommes	
SATO (1975)	48 hommes	23 femmes
VIARD (1975)	33 hommes	2 femmes

II. LES INTOXICATIONS

A. L'ALCOOLISME

Il est retrouvé à l'interrogatoire de façon quasiment constante : en effet, hormis six malades sur lesquels on ne possède aucune précision, vingt huit malades sur vingt neuf interrogés reconnaissent boire plus d'un litre de vin par jour, voire trois ou quatre litres. Certains y ajoutent des quantités variables de bière, mais nous n'avons pas dans notre série de buveur de bière exclusif nous permettant de montrer le rôle favorisant de cette boisson dans la genèse des pancréatites chroniques (EVREUX).

Cette intoxication éthylique est universellement retrouvée dans l'étiologie des pancréatites chroniques :

GUILLEMIN (1974)	96%	d'éthyliques	chroniques	
VACHON (1973)	70%	"	"	
LEGER (1972)	57%	"	"	
LATASTE (1972)	33%	"	"	
VIARD (1975)	28	"	"	sur 29 malades interrogés.

Quel que soit son mécanisme, canalaire ou toxique cellulaire, d'autant plus fréquente que plus vigoureusement recherchée, cette intoxication éthylique doit rester présente à l'esprit lors du choix des indications, et explique souvent certains mauvais résultats. L'hypothèse de l'alcoolisme conséquence de la pancréatite chronique, l'alcool étant antalgique et euphorisant, ne nous paraît pas convaincante.

B. LE TABAGISME

Il est retrouvé chez dix huit malades sur vingt et un interrogés à ce sujet. Cette fréquence supérieure à la moyenne nationale ne nous autorise pas à créer une relation étiologique directe, mais peut correspondre à un profil psychologique particulier laissant mal augurer de l'arrêt futur de l'intoxication éthylique.

III. LES ANTECEDENTS

Un certain nombre de faits pathologiques ont été retrouvés dans le passé de nos malades, que l'on peut regrouper en antécédents généraux, antécédents digestifs et antécédents pancréatiques, artificiellement séparés des précédents.

A. LES ANTECEDENTS GENERAUX

Ils sont dominés par la tuberculose pulmonaire présente dans trois cas et les affections broncho-pulmonaires non tuberculeuses retrouvées chez cinq malades (pneumopathies aigües ou abcès pulmonaire).

Cette relative fréquence des affections broncho-pulmonaires et de la tuberculose (signalée par EVREUX dans 18% des cas et par MATHEY dans 8% des cas) n'a sans doute pas de rapport direct avec la pancréatite chronique mais s'intègre dans un ensemble pathologique auquel alcoolisme et tabagisme ne sont pas étrangers.

Enfin, bien qu'aucun de nos malades n'ait d'antécédent psychiatrique vrai (onze cas sur cent soixante dix huit pour EVREUX), plusieurs d'entre eux présente un terrain névropathique, carricatural chez l'un d'eux porteur d'un syndrome de Klinefelter : intriqué avec l'alcoolisme, il conditionne souvent l'avenir des malades atteints de pancréatite chronique.

B. LES ANTECEDENTS DIGESTIFS

Ils sont dominés par l'ulcère gastro-duodénal et la lithiase biliaire, la cirrhose hépatique étant plus rare.

1. Dix malades sur trente-cinq ont un passé ulcéreux :

- Trois ulcères duodénaux "vérifiés radiologiquement" ont été traités médicalement, l'un deux pendant dix ans.

- Une perforation a été traitée médicalement.

- Deux perforations traitées par suture sont indiscutables (obs. n°4, 11).

- Enfin, une gastroentéroanastomose a été réalisée chez un malade (obs. n°1) huit ans auparavant et quatre malades ont subi une gastrectomie pour ulcère, 22 ans (obs. n°20), 16 ans (obs. n°11), 13 ans (obs. n°9) et 2 ans (obs. n°2), avant leur intervention pancréatique.

L'association ulcère gastro-duodénal et pancréatite chronique est classique :

VACHON (1973)	21 "traitements ulcéreux" sur 178 malades
GROSDIDIER (1973)	8 interventions pour ulcère sur 122 malades
DREILING (1969)	27 ulcères sur 410 pancréatites chroniques, dont 20 sur 155 pancréatites alcooliques
VIARD (1975)	10 malades ulcéreux sur 35.

Mais ses modalités sont imprécises : si dans certains cas l'ulcère est très ancien par rapport à la pancréatite, de sorte qu'aucune filiation ne peut être retenue, on peut penser que dans d'autres cas, la diminution de la sécrétion bicarbonatée pancréatique peut favoriser l'apparition d'ulcères duodénaux (DREILING) ou que les gastrectomies peuvent jouer un rôle dans la genèse de la pancréatite chronique (LARDENNOIS).

Surtout, il est probable qu'avant la généralisation de la fibroscopie, certaines douleurs pancréatiques ont pû être étiquetées ulcéreuses, d'autant que certains bulbes duodénaux déformés sur le transit gastro-duodénal pouvaient l'être par des lésions de la tête du pancréas (MERCADIER).

Enfin, une simple coïncidence est également possible, favorisée par le terrain et les intoxications.

2. La lithiase biliaire est retrouvée dans six observations : un malade (obs. n°20) a subi une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire quatre ans avant son intervention pour pancréatite chronique. Cinq malades étaient porteurs d'une lithiase vésiculaire qui a été traitée par cholécystectomie au cours de l'intervention.

Au total, six lithiases vésiculaires sur trente cinq malades, chiffres qu'on peut rapprocher de ceux de :

WARREN (1969)	150	lithiases	vésiculaires	sur 530 malades
LEVRAT (1970)	12	"	"	sur 113 malades
LATASTE (1972)	15	"	"	sur 76 malades
SATO (1975)	8	"	"	sur 71 malades
WAY (1974)	11	"	"	sur 57 malades
VIARD (1975)	6	"	"	sur 35 malades

Il est difficile de savoir si la lithiase vésiculaire précède la pancréatite chronique ou lui succède (WARREN) mais on peut noter un retentissement fréquent des pancréatites sur la voie biliaire accessoire : en effet, nous pratiquons systématiquement une cholécystectomie au cours des duodéno-pancréatectomies céphaliques et nous confions toujours la totalité de nos pièces d'exérèse au laboratoire d'anatomie pathologique du centre hospitalier (Professeur R. MICHIELS). Toutes ces vésicules présentaient des stigmates histologiques de cholécystite chronique, le plus souvent scléro-atrophique, en l'absence de lithiase vésiculaire ou de passé biliaire dans sept cas sur onze.

Ces cholécystites sont sans doute la conséquence de la stase biliaire dûe à l'élévation des pressions de passage duodénal, stase qui est classiquement incriminée dans la production des calculs vésiculaires.

3. La cirrhose hépatique est rarement retrouvée, dans deux cas seulement sur trente cinq (obs. n°25, 35) biologique et histologique. Cette rareté qu'on retrouve dans la littérature,

VACHON (1973)	9%
LATASTE (1972)	6% de cirrhoses biologiques sur 76 cas
SARLES (1972)	2% sur une statistique nationale
VIARD (1975)	2 cirrhoses sur 35 malades,

peut surprendre puisque ces deux maladies ont en commun l'étiologie alcoolique.

Il semble certain que l'atteinte pancréatique précède de plusieurs années celle du foie (SARLES). Cependant, cinq de nos malades ont subi au cours de l'intervention une biopsie hépatique qui a montré des altérations discrètres du parenchyme. Les lésions hépatiques microscopiques sont sans doute beaucoup plus fréquentes que les cirrhoses constituées (EVREUX) et justifient une biopsie du foie systématique au cours des interventions pour pancréatite chronique.

C. LES ANTECEDENTS PANCREATIQUES

Ils regroupent artificiellement les pancréatites aigües et les interventions pancréatiques antérieures.

1. Pancréatites aigües

Sept parmi nos trente cinq malades ont présenté dans leurs antécédents une pancréatite aigüe, de cinq à un an avant l'intervention pour pancréatite chronique (obs. n°4, 9, 10, 14, 15, 18, 25). Trois fois une laparotomie exploratrice a confirmé la pancréatite aigüe oedémateuse, quatre fois le diagnostic a été biologique ; dans tous les cas, le traitement médical a fait céder la crise.

LATASTE (1972)	1 malade sur 5 a des "antécédents pancréatiques aigus"
GUILLEMIN (1974)	19 "crises de pancréatite aigüe" sur 69 malades
DUBARRY (1971)	12% de pancréatites aigües
LEGER (1972)	11 pancréatites aigües vérifiées opératoirement sur 114 cas
VIARD (1975)	7 pancréatites aigües sur 35 malades.

La survenue fréquente de ces crises au début de la maladie peut faire suggérer une filiation, un certain nombre de pancréatites aigües évoluant vers la chronicité. SARLES a montré que la pancréatite chronique débute en moyenne beaucoup plus tôt que les pancréatites aigües (12, 4 années d'écart), il nous semble cependant qu'un certain nombre de pancréatites aigües peuvent laisser des lésions inflammatoires persistantes du pancréas, qui caractérisent anatomiquement la pancréatite chronique ; tandis que certaines poussées aigües peuvent émailler le début d'une pancréatite chronique, à un stade initial où les lésions chroniques passent encore inaperçues. Plus tard, la sclérose majeure de la glande empêchera l'apparition de crises de pancréatite aigüe.

En somme, pancréatite aigüe et pancréatite chronique sont deux maladies différentes, mais parfois si proches cliniquement que seule l'évolution des signes et surtout des lésions anatomiques permettra de les distinguer.

2. Interventions pancréatiques antérieures

Un certain nombre de malades ont subi des interventions pour leur pancréatite chronique avant leur admission dans notre service.

- Quatre ont subi le drainage externe d'un pseudo-kyste, parmi lesquels deux ont constitué une fistule pancréatique.

- Chez deux malades ont été réalisées des exérèses : duodéno-pancréatectomie céphalique chez l'un, et spléno-pancréatectomie gauche avec wirsungo-jéjunostomie sur anse en Y, chez l'autre.

- Enfin, un malade a bénéficié d'une anastomose gastro-jujénale pour sténose duodénale cachectisante tandis que le dernier subissait un drainage du canal de Wirsung associé à une splanchnicectomie droite et une cholécysto-duodénostomie. Quatre ans plus tard, la persistance des douleurs conduisait à pratiquer une splanchnicectomie gauche complémentaire.

Tous ces gestes, s'ils ne parvinrent pas à stopper l'évolution de la maladie pancréatique eurent pour conséquence de remanier considérablement l'étage sus-mésocolique, rendant d'autant plus difficiles les interventions ultérieures, pratiquées en moyenne trois ans et huit mois plus tard.

Notons enfin, pour être complets, que nous n'avons pas rencontré dans notre série de pancréatite chronique familiale (3 cas sur 178 pour VACHON, 2 sur 114 pour LEGER) ni associée à une hyperparathyroïdie, mais le métabolisme du calcium n'a pas été étudié de façon très systématique.

	Numéro observation	Délai	Numéro observation	Délai	Numéro observation	Délai	Numéro observation	Délai
Laparotomie exploratrice	4	4	14	4	25	5		
Gastrectomie	2	2	9	13	11	16	20	22
Suture de perforation ulcéreuse	4	9	11	17				
Gastro-entero anastomose	1	8	13	0,5				
Cholecystectomie	20	4						
Duodéno pancréatectomie céphalique	14	1						
Pancréatectomie gauche	27	8						
Drainage externe de pseudo-kyste	2	3	4	4	16	10	30	1
Splanchnicectomie droite et drainage	1	7						
Splanchnicectomie gauche	1	3						

Tableau n° 2

INTERVENTIONS ANTERIEURES

- Le premier chiffre indique le numéro de l'observation, le second indique en années le délai entre l'intervention antérieure et l'intervention pour pancréatite chronique. -

Etude Clinique

Certains symptômes se retrouvent dans pratiquement toutes les pancréatites chroniques, tandis que d'autres liés aux modifications anatomiques, sont en fait des complications.

I. LA DOULEUR

C'est le maître symptôme, présent chez trente et un malades sur trente cinq :

- VACHON (1973) 170 sur 178 malades
- LEVRAT (1970) 110 sur 113 malades
- SARLES (1974) 93%

Il s'agit habituellement de crises douloureuses typiques, de siège épigastrique, irradiant dans les hypochondres, plus souvent à droite qu'à gauche, et dans le dos. Cette douleur transfixiante est calmée par la position genu pectorale (en chien de fusil selon LEGER) ou par l'aspirine de façon très inconstante. Les signes d'accompagnement sont très fréquents à type de météorisme abdominal, subictère et vomissements qui soulagent rarement le malade.

Les crises sont de durée variable, mais assez longues (plus d'une journée dans un tiers des cas) déclenchées par les repas riches en graisses ou les abus d'alcool, séparées par des intervalles indolores ou presque pouvant atteindre plusieurs mois.

Dans cinq cas, les crises sont subintrantes, réalisant un véritable "état de mal pancréatique" ayant conduit deux de nos malades à la toxicomanie (obs. n°2 : dix comprimés de Palfium par jour).

Quatre malades n'ont jamais souffert, leur maladie étant révélée deux fois par un épanchement pleural (obs. n°32, 33), une fois par des vomissements incoercibles (obs. n°23), une fois par la découverte systématique d'une tuméfaction palpable (obs. n°24).

II. L'AMAIGRISSEMENT

Il est aussi très fréquent. Certain, dans vingt deux cas sur trente cinq,

- SARLES (1974) constant dans 100% des cas
- VACHON (1973) 70% des cas
- LEVRAT (1970) 50% des cas,

son importance est variable :

- 8 fois non précisé ou inférieur à 5 kg
- 5 fois entre 5 et 10 kg
- 4 fois entre 10 et 15 kg
- 5 fois supérieur à 15 kg.

Deux notions sont remarquables :

- D'une part, la rapidité de l'amaigrissement est variable d'un sujet à l'autre, parfois considérable (cinq kilos par mois),

- d'autre part, au maximum le malade peut devenir cachectique (deux malades pesant trente cinq kilos) ce qui risque de grêver les suites opératoires.

Les causes de l'amaigrissement sont essentiellement la restriction alimentaire liée à la recrudescence post-prandiale des douleurs la malabsorption dûe à l'insuffisance pancréatique externe, l'anorexie de l'intoxication éthylique et parfois l'existence d'un diabète. La courbe de poids est un moyen simple de surveillance de la maladie pancréatique et d'appréciation des résultats du traitement chirurgical.

III. L'INSUFFISANCE PANCREATIQUE EXTERNE

Traduite cliniquement par une diarrhée avec ou sans stéatorrhée, elle se retrouve rarement dans notre étude, puisque quatre malades seulement se plaignent de diarrhées, dont deux accompagnées de stéatorrhée. Cette grande rareté comparée aux données de la littérature :

- VACHON (1973) 60% des cas
- GUILLEMIN (1974) 24 cas sur 66 malades
- LEVRAT (1970) 28% des cas,

nous semble plus témoigner du peu d'acharnement à la rechercher que de particularités évolutives, l'ensemble des autres symptômes étant superposable.

Ce déficit pancréatique a une double origine : réduction de la sécrétion exocrine par diminution progressive du parenchyme glandulaire fonctionnel, et troubles de l'excrétion liés aux obstacles canalaires.

IV. LES TROUBLES DE LA GLYCOREGULATION

Ils sont relativement fréquents dans notre étude, avant l'intervention.

Sur vingt neuf malades étudiés de ce point de vue, quatre présentent un diabète vrai, à distinguer des classiques glycosuries postcritiques transitoires. Ils sont apparus respectivement six ans et deux fois un an avant l'intervention, le quatrième ayant été découvert lors du bilan pré-opératoire. Trois sont équilibrés par l'insuline, le quatrième par les sulfamides hypoglycémiants. Le plus ancien est apparu au décours d'une pancréatectomie gauche réalisée six ans auparavant.

Dans tous les autres cas la glycémie est normale. Par contre, l'épreuve d'hyperglycémie provoquée, qui a été effectuée dans quatorze cas est pathologique une fois sur deux, traduisant un diabète latent qui est toujours du groupe 1 de VACHON.

Au total, quatre diabètes vrais et sept diabètes latents sur dix huit malades explorés : ces chiffres sont à rapprocher de ceux de :

- VACHON (1973) 25% de diabète clinique, 36% de diabète latent
- LEVRAT (1970) 19% de diabète clinique, 28 diabètes latents sur 53 hyperglycémies provoquées
- MALLET-GUY (19) 8 diabètes sur 76 malades devant subir une pancréatectomie gauche.

Ils correspondent à huit pancréatites calcifiantes sur onze, retrouvant le caractère diabétogène des lithiases pancréatiques.

V. LES AUTRES SYMPTOMES

Ce sont en fait des complications qui vont émailler l'évolution des pancréatites chroniques : ictères, sténoses pyloro-duodénales, hémorragies, épanchements séreux et pseudo-kystes.

A. LES ICTERES

Ils sont retrouvés huit fois dans l'histoire de nos trente cinq malades, chiffre comparable aux données de la littérature :

- LEVRAT (1970) 19% des cas
- VACHON (1973) 28% des cas
- GUILLEMIN (1974) 36% des cas
- LATASTE (1972) 42% des cas.

Quatre fois, un ictère temporaire, a duré de dix jours à un mois puis a spontanément disparu avec l'aide du traitement médical. Dans les quatre autres cas, la persistance ou la récidive de l'ictère nous ont poussé à l'intervention. Tous les ictères par rétention ont été vérifiés biologiquement et succédaient à une poussée douloureuse mais ne s'accompagnaient pas de fièvre. Aucune lithiase vésiculaire ou cholédocienne n'a été trouvée tant radiologiquement qu'opératoirement, ce qui confirme leur origine pancréatique indiscutable.

Les lésions anatomiques correspondantes ne sont pas univoques : la voie biliaire principale était de calibre normal dans deux cas, dilatée dans les six autres, son diamètre pouvant atteindre deux centimètres. Cinq fois il existait un pseudo-kyste céphalique qui comprimait et déviait deux fois très nettement le cholédoque.

De nombreux auteurs, avec SARLES, distinguent les ictères passagers, satellites des crises douloureuses, véritable symptôme de la maladie pancréatique, des ictères prolongés durant plusieurs semaines, qui traduisent souvent l'apparition d'une complication, pseudo-kyste céphalique habituellement.

Le mécanisme de ces ictères fait intervenir de façon variable la sténose du cholédoque rétro et intra-pancréatique, l'oedème pancréatique au cours des crises douloureuses et la compression éventuelle par une formation kystique céphalique.

Il faut citer enfin, dans les manifestations biliaires de la pancréatite chronique, deux observations d'angiocholite typique en rapport avec une sténose de la voie biliaire principale.

B. LES STENOSES PYLORO-DUODENALES

Rencontrées cinq fois, elles nous ont paru moins rares que dans la littérature.

- SAUBIER (1974) 2 sténoses pyloro-duodénales sur 39 cas
- LEVRAT (1970) 4 " " sur 118 cas
- VACHON (1973) 7 " " sur 178 cas
- VIARD (1975) 5 " " sur 35 cas.

Chez cinq malades, l'histoire clinique a été émaillée de vomissements très abondants, inauguraux et isolés dans un cas, ou survenant dans le contexte douloureux classique d'une pancréatite chronique, connue ou non.

Le transit gastro-duodénal montrait alors la sténose siégeant au niveau du bulbe duodénal dans quatre cas, du troisième duodénum dans le cinquième.

Anatomiquement, il existait une hypertrophie globale de la tête du pancréas dans deux cas, un pseudo-kyste céphalique dans les trois autres.

Responsables d'un amaigrissement considérable et rapide, ne cédant pas sous traitement médical, ces sténoses ont conduit trois fois à l'intervention, et furent, dans les deux autres cas, un élément important de l'indication.

Leur mécanisme associe une compression par les lésions pancréatiques céphaliques, mais aussi une atteinte inflammatoire de voisinage touchant la paroi duodénale et le péritoine.

C. LES HEMORRAGIES DIGESTIVES

Elles sont survenues chez six malades sur trente cinq.

- GROSDIDIER (1973) 5% d'hémorragies digestives
- SARLES (1974) 9% "
- VACHON (1973) 10% "
- LEVRAT (1970) 11% "
- VIARD (1975) 6 hémorragies digestives sur 35 malades.

Il s'agissait trois fois d'hématémèses avec meloenas, une fois de meloenas isolés, une fois de diarrhée sanglante. Le dernier cas concerne un malade présentant une anémie hypochrome sévère, sans hémorragie digestive extériorisée macroscopiquement. D'abondance moyenne, suffisante pour entraîner une anémie sévère, mais ne mettant pas en danger la vie des malades, ces hémorragies n'ont jamais inauguré la maladie pancréatique. Survenues en l'absence de lésions ulcéreuses gastro-duodénales, chez des sujets alcooliques certes, mais dont le bilan de coagulation était normal, sans notion de prise médicamenteuse déclenchante, leur origine pancréatique était indiscutable.

Leur mécanisme, bien étudié depuis les travaux de LEGER, fait intervenir l'hypertension portale segmentaire dans la plupart des cas, mais aussi des hémorragies intra-kystiques et des lésions des organes de voisinage.

D. LES EPANCHEMENTS SEREUX

Ils sont les plus fréquents, puisque nous en relevons six cas dont un associé à une péricardite.

- GROSDIDIER (1973)	2 épanchements	pleuraux	sur 122 malades
- LEVRAT (1970)	7 "	"	sur 144 malades
- VACHON (1973)	9 "	"	sur 178 malades
- VIARD (1975)	6 "	"	sur 35 malades

Trois fois révélateur de la maladie, dans les cas les plus anciens, une fois tari par le traitement symptomatique sans que la relation soit faite avec une pancréatite découverte trois ans plus tard, l'épanchement pleural est survenu deux fois au cours de l'évolution d'un syndrome douloureux abdominal non encore étiqueté pancréatite chronique.

La topographie de l'épanchement était gauche trois fois, droite deux fois, bilatérale une fois, répartition superposable aux données de la littérature (respectivement 65%, 25% et 10% dans la thèse de DAVID, Lyon, 1970).

Les lésions pancréatiques responsables étaient toujours des pseudo-kystes développés au sein d'une pancréatite chronique majeure quatre dans la queue du pancréas, un au niveau de l'isthme, et un dans la tête de la glande, ces deux derniers correspondant d'ailleurs aux deux épanchements droits.

L'aspect du liquide était hémorragique dans trois cas, citrin dans deux, et non précisé dans le dernier. Les amylases ont été recherchées trois fois et trouvées à un taux élevé, très supérieur au taux sanguin dosé simultanément.

L'évolution de l'épanchement s'est faite vers la régression sous traitement médical symptomatique dans trois cas, tandis que dans les trois autres, l'épanchement pleural récidivant n'a disparu qu'après le traitement chirurgical de la lésion causale.

Un épanchement péricardique responsable d'une poussée d'insuffisance cardiaque globale était associé, chez un malade, à un épanchement pleural droit. Les amylases n'ont pas été dosées dans le liquide pleural, mais au cours du bilan étiologique, les radiographies de l'abdomen sans préparation ont mis en évidence des calcifications de l'aire pancréatique, permettant de rattacher ces épanchements séreux à leur cause. Cette complication est très rare, LEVRAT signale un épanchement péricardique sur 113 observations.

Enfin, nous n'avons pas retrouvé dans notre série d'épanchement péritonéal d'origine pancréatique formelle (25 cas dans la littérature, d'après la thèse de CHAN PIU, Lyon, 1969). Mais l'ascite parfois trouvée lors des laparoscopies ou au début des interventions devrait être prélevée pour des dosages d'amylases.

E. LES PSEUDO-KYSTES PANCREATIQUES

Ils ont été trouvés vingt fois associés à la pancréatite chronique : dix fois, décelés par l'examen clinique, six fois, par le bilan radiologique et quatre fois découverts lors de l'intervention.

Nous trouvons là encore des chiffres très supérieurs à ceux de la littérature :

- LEVRAT (1970)	5	pseudo-kystes	sur 113	pancréatites	chroniques
- GROSDIDIER (1973)	18	"	sur 122	"	"
- VACHON (1973)	40	"	sur 178	"	"
- VIARD (1975)	20	"	sur 35	"	"

Mais cette fréquence est d'autant plus importante que le bilan radiologique est plus complet et que la pancréatite chronique est traitée chirurgicalement, car un certain nombre sont des découvertes opératoires (6 sur 18 pour GROSDIDIER).

Telles sont les différentes manifestations cliniques très polymorphes rencontrées chez nos trente-cinq malades. Nous reviendrons, dans nos commentaires, sur la grande fréquence des complications, leur mécanisme et les particularités de leur traitement.

EXAMEN CLINIQUE

Il est très pauvre, nous l'avons dit, en matière de pancréatite chronique.

- L'inspection note dans onze cas une cicatrice de laparotomie médiane sus-ombilicale témoignant d'une ou plusieurs interventions antérieures. Deux fois il s'y ajoute une fistule pancréatique, séquelle du drainage externe d'un pseudo-kyste. Chez un certain nombre de malades, souvent très maigres, l'examen à jour frisant permet de voir une tuméfaction abdominale.

- La palpation confirme cette donnée en sentant une masse palpable dans dix-sept cas : sept fois elle est épigastrique, ou légèrement décalée vers la droite ; dix fois, elle siège dans l'hypochondre gauche, posant un problème diagnostic entre un pseudo-kyste du pancréas ou une splénomégalie, problème d'autant plus délicat que les deux peuvent se rencontrer dans les pancréatites chroniques. Insistante, elle réveille une douleur provoquée chez huit malades. Enfin, une hépatomégalie est palpée chez quatorze malades ; d'importance variable, elle est généralement modérée.

Au total, l'examen clinique de l'abdomen apporte peu de renseignements dans les pancréatites chroniques, donnant toute leur valeur aux examens complémentaires.

Bilan Biologique

Nous l'avons schématisé en quatre paragraphes d'inégale importance :

I. LE BILAN HEMATOLOGIQUE

En général normal, il peut montrer une anémie hypochrome isolée conséquence des hémorragies digestives (cinq cas). Une fois elle fut révélatrice d'hémorragies occultes par hypertension portale segmentaire (obs. n°14). Rarement, la numération formule sanguine montre une pancytopénie traduisant un hypersplénisme.

II. LE BILAN HEPATIQUE

Il recherche d'une part un ictère et précise quantitativement son importance, qualitativement sa nature rétentionnelle ; d'autre part, il note les signes d'une sclérose hépatique débutante, en particulier les dosages du taux de prothrombine, souvent abaissé et l'électrophorèse des protéines généralement perturbée : un moyen schématique de coter cette atteinte hépatique, nous a semblé être la valeur du rapport sérum albumine sur globulines, pratiquement toujours retrouvé inférieur à 1 (normal de 1,22 à 1,65).

III. LE BILAN DE COAGULATION

Systématique avant le geste chirurgical, ils reflète parfois les anomalies des deux groupes précédents (thrombopénie, ou hypoprothrombinémie), le plus souvent cependant, il est normal.

IV. LE BILAN DES FONCTIONS PANCREATIQUES

Il est beaucoup plus important.

A. BILAN DE LA FONCTION ENDOCRINE

C'est la recherche de troubles de la régulation glycémique : soit diabète vrai, avec glycémie supérieure à la normale et glycosurie, soit pré-diabète se traduisant par des altérations de la courbe d'hyperglycémie provoquée : nous avons vu plus haut que quatre malades présentaient un diabète vrai, sur vingt neuf étudiés de ce point de vue, et sept malades présentaient un pré-diabète sur quatorze courbes d'hyperglycémie provoquée réalisées.

Pour affiner cet examen, VACHON a proposé de classer ces pré-diabètes en deux groupes, et de réaliser simultanément des courbes d'insulinémie et d'hyperglycémie provoquée : nous ne l'avons réalisée qu'une fois et avons effectivement trouvé une courbe d'insulinémie basse avec une courbe d'hyperglycémie provoquée normale, traduisant une atteinte très discrète de la glyco-régulation.

	GLYCEMIE A JEUN	GLYCEMIE MAXIMUM	GLYCEMIE A LA 2me HEURE
TYPE 1	↗	⩾ 2 g/l	↗
TYPE 2	Normale	⩾ 1,70 g/l	Normale

CLASSIFICATION DES DIABETES LATENTS DES PANCREATITES CHRONIQUES EN FONCTION DES RESULTATS DE L'EPREUVE D'HYPERGLYCEMIE PROVOQUEE - d'après VACHON et coll.

Avec ou sans courbe d'insulinémie couplée, l'épreuve d'hyperglycémie provoquée doit être systématique dans le bilan des pancréatites chroniques. Cette étude de la fonction endocrine permet d'une part de préciser l'atteinte du pancréas avant l'intervention, d'autre part d'apprécier le retentissement du geste chirurgical effectué sur le métabolisme glucidique de l'opéré.

B. BILAN DE LA FONCTION EXOCRINE

Cette étude peut être indirecte, par la recherche qualitative et quantitative d'un déficit de secrétion pancréatique se traduisant par une stéatorrhée et une créatorrhée.

Elle peut être directe, par l'étude de la secrétion pancréatique recueillie par une sonde duodénale après stimulation par la secrétine et la pancréozymine, la cholécystokinine ou la coeruléine (DESCOS et MINAIRE).

Ces explorations n'ont été faites que dans un très petit nombre de cas de notre série, trop peu important pour que nous en tirions des conclusions. Cependant, nous pouvons remarquer que dans les pancréatites chroniques qui nous sont confiées, ce bilan de la fonction exocrine n'a pas une valeur diagnostique, car les lésions sont en général évidentes mais un intérêt pronostique.

Bilan Radiologique

Un grand nombre d'explorations radiologiques ont été proposées pour étudier la morphologie du pancréas et ses altérations. En effet, cet organe profond n'est pas accessible à la palpation, en dehors des hypertrophies considérables et ce n'est que très récemment que l'on a pu obtenir des radiographies directes du pancréas grâce à la wirsungographie rétrograde. L'importance relative de ces différents examens doit être fonction de leur fiabilité, mais aussi de leur coût et du risque qu'ils représentent (SARLES).

I. RADIOGRAPHIE SANS PREPARATION DE L'ABDOMEN

Pratiquée de face et en oblique, elle recherche des calcifications de l'aire pancréatique. Nous les avons trouvées dix neuf fois sur les trente et un dossiers étudiés de ce point de vue, ce qui correspond aux résultats de SARLES, qui note des calcifications visibles dans deux cas sur trois. Topographiquement, elles étaient céphaliques dans 10 cas, à prédominance céphalique dans 4 cas, diffuses dans les cinq autres, répartition tout-à-fait comparable à celle de GUILLEMIN : 39, 13 et 17 sur 69 cas.

II. CHOLANGIOGRAPHIE INTRA-VEINEUSE

Réalisée en l'absence d'ictère, elle recherche l'existence d'une lithiase biliaire associée à la pancréatite chronique et surtout elle apprécie le retentissement de la sclérose pancréatique sur la voie biliaire principale, celle-ci pouvant être normale ou déformée : les déformations observées peuvent être classées en deux (BRET), quatre (CAROLI et NORA), ou six (ROCK) groupes différents.

Nous avons réalisé vingt fois cet examen sur trente dossiers étudiés de ce point de vue, et nous avons observé trois lithiases vésiculaires, deux vésicules exclues et dix altérations du cholédoque. Il s'agissait le plus souvent d'un rétrécissement régulier du cholédoque rétro et intrapancréatique, surmonté ou non par une dilatation, correspondant au type I de CAROLI et NORA, que SARLES considère comme presque pathognomonique de la maladie.

III. TRANSIT OESO-GASTRO-DUODENAL

Pratiqué après les radiographies des voies biliaires, il peut montrer l'existence de varices oesophagiennes, d'un ulcère gastro-duodénal ou de séquelles d'interventions antérieures et des aspects de pancréatite chronique : élargissement du cadre duodénal, rabotage du relief muqueux au bord interne, compression pyloro-duodénale, refoulement de l'estomac par un pseudo-kyste. Réalisé vingt six fois, il montrait une ou plusieurs de ces modifications dans vingt cas.

IV. DUODENOGRAPHIE HYPOTONIQUE

Proposée par JACQUEMET et LIOTTA, très utilisée par MALLET-GUY, elle donne de meilleures images de l'empreinte pancréatique sur le duodénum : elle n'a jamais été réalisée dans notre série.

V. STRATIGRAPHIES AXIALES

Egalement vantées par MALLET-GUY, elles n'ont été réalisées que dans un cas relativement ancien. Cet examen qui impose un pneumo-péritoine et un rétro-pneumopéritoine, très pénible pour les malades, donne une image précise des contours pancréatiques "plus exacte que l'artériographie" (SARLES). Ses inconvénients font cependant qu'il tend à disparaître du bilan des pancréatites chroniques.

VI. ARTERIOGRAPHIE COELIO-MESENTERIQUE

L'artériographie sélective du tronc coeliaque et de la mésentérique supérieure n'a pas répondu aux espoirs mis en elle, en ce qui concerne le diagnostic précoce des pancréatites chroniques.

Les images qu'elle fournit ont bien été étudiées par HEPP, HERNANDEZ, MOREAUX et BISMUTH.

- Au temps artériel, certaines anomalies à type de rétrécissement sont trouvées dans un certain nombre de cas, mais ne sont ni constantes, ni spécifiques. Par contre, le refoulement arciforme des grosses artères de voisinage peut témoigner de la présence d'un pseudo-kyste assez volumineux.

- Au temps parenchymateux, difficile à interpréter, la diminution de la vascularisation artériolaire ne fait que confirmer les aspects des gros troncs.

- Au temps de retour veineux, l'artériographie permet d'étudier le retentissement portal des pancréatites chroniques. "Mais les images sont beaucoup moins contrastées que celles obtenues par injection splénique, et ne permettent pas d'objectiver les déformations minimes par compression de la veine splénique ou du tronc porte" (HEPP).

Globalement, l'artériographie coelio-mésentérique présente deux avantages :

- D'une part, elle permet le diagnostic des hémorragies artérielles dans les complications hémorragiques des pancréatites chroniques,

- d'autre part, elle étudie les anomalies de la vascularisation sus-mésocolique dont la connaissance peut être précieuse avant un geste chirurgical : artère hépatique née de la mésentérique supérieure, ou vascularisation du corps et de la queue du pancréas par une artère pancréatique transverse.

Réalisée dix-sept fois, elle a montré :

- Douze fois des images de pancréatite chronique au temps artériel, cinq fois l'absence d'image évocatrice : il s'agissait pourtant de formes majeures, dont quatre s'accompagnaient de calcifications.

- Sept fois un aspect de pseudo-kyste, sans faux positif, mais deux pseudo-kystes n'ont pas été visualisés, et un troisième n'avait pas la topographie annoncée.

- Six fois des aspects veineux d'hypertension portale segmentaire, avec compression de la veine splénique dans deux cas, absence d'opacification dans les quatre autres. Deux fois des aspects opératoires d'hypertension portale segmentaire ont été trouvés, alors que le retour veineux paraissait normal à l'artériographie.

Au total, malgré ses imprécisions sur le plan du diagnostic, l'artériographie coelio-mésentérique semble devoir faire partie du bilan pré-opératoire des pancréatites chroniques (MERCADIER).

VII. SPLENOPORTOGRAPHIE

Réalisée par ponction transpariétale de la rate, elle a été généralisée par LEGER dans le bilan des pancréatites chroniques. Ses avantages sont l'évaluation chiffrée du degré d'hypertension portale segmentaire et les très bonnes images, très contrastées, qu'elle donne de la veine splénique et du tronc porte.

LEGER a défini trois degrés d'anomalies de la spléno-portographie des pancréatites chroniques, de gravité croissante :

- Degré I : altérations discrètes de l'axe splénique avec dilatation de la veine d'amont et élévation des pressions au-dessus de 15 cm d'eau.

- Degré II : sténose incomplète de la veine splénique ou du tronc spléno-mésaraïque, avec aspect rigide de l'axe veineux et circulation collatérale péri-splénique.

- Degré III : sténose complète de l'axe splénique, le tronc porte étant réperméabilisé par une abondante circulation collatérale empruntant la veine coronaire stomachique et les veines gastro-épiploïques L'importance de ces suppléances réalisant au maximum un véritable cavernome spléno-portal, peut faire prévoir des difficultés opératoires considérables, et faire préférer un geste limité à une exérèse "à tout prix".

Mais la splénoportographie est dangereuse, exposant aux risques de rupture splénique ou d'hématome sous-capsulaire : c'est pourquoi, nous ne faisons cet examen que le matin même de l'intervention.

Compte tenu de ces dangers et de ces contraintes, nous réservons cet examen aux cas dans lesquels les images de retour de l'artériographie sont insuffisantes, chaque fois qu'une hypertension portale segmentaire est suspectée. Nous ne l'avons réalisée que trois fois dans notre série, trouvant deux fois des anomalies du type III de LEGER, une fois un aspect de type II, sans incident.

VIII. CHOLANGIO-PANCREATOGRAPHIE RETROGRADE PERDUODENOSCOPIQUE

Dernière née des méthodes d'investigation radiologique du pancréas, elle semble pleine de promesses.

Décrite en 1968 par MAC CUNE, SHORB et MOSCOVITZ, cette technique est actuellement bien codifiée : une duodénoscopie est pratiquée sur un malade à jeun, prémédiqué, en décubitus latéral ; la papille est repérée et l'ampoule de Vater cathétérisée. L'injection d'une faible quantité de produit de contraste mélangé à des antibiotiques (KASUGAI) permet alors d'obtenir une wirsungographie, une cholangiographie ou les deux simultanément.

Les anomalies de la pancréatographie des pancréatites chroniques associent à des degrés divers, ectasies et rétrécissements, rigidités et sinuosités, images d'obstruction ou d'arrêt des canaux pancréatiques. Souvent ces aspects ne sont typiques que dans les cas de pancréatite chronique confirmée, mais dans un certain nombre de cas, ils permettent un diagnostic plus précoce de la pancréatite chronique et améliorent son diagnostic différentiel avec le cancer du pancréas, aidés en cela par la cytologie du liquide pancréatique.

Dans les cas de pancréatites chroniques évoluées qui nous intéressent ici, cette méthode renseigne sur l'état du système canalaire pancréatique avant l'intervention, mieux que ne le ferait la wirsungographie per-opératoire, parfois irréalisable lorsque le canal de Wirsung est peu dilaté.

Dernier avantage enfin, elle permet de contrôler la perméabilité des anastomoses pancréatico-jéjunales en post-opératoire (COOPERMAN).

Ses dangers (pancréatite aigüe, infection d'un pseudo-kyste ou angiocholite) sont minimes au prix d'une technique rigoureuse (aucune complication sur 63 cathétérismes pour HEULLY), leur nombre décroissant lorsque l'expérience de l'endoscopiste croît.

Ses limites tiennent essentiellement à la possibilité d'échecs du cathétérisme de la papille (25 sur 105 pour GULBIS, 25% pour COOPERMAN 4 sur 67 pour HEULLY, moins de 5% pour KASUGAI, leur nombre diminuant également quand l'expérience de l'opérateur augmente), et à la fragilité du coûteux matériel d'endoscopie.

Cette méthode a été utilisée chez un seul de nos malades présentant des crises d'angiocholite, dans le but d'opacifier la voie biliaire ; la cholangiographie rétrograde a montré une sténose du cholédoque rétro-pancréatique surmontée d'une importante dilatation.

IX. EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES DIVERSES

Citons pour être complets un certain nombre d'examens radiographiques divers, une symptomatologie atypique dans certains cas ayant fait commencer le bilan soit par une urographie intra-veineuse, soit par un lavement baryté.

⁂ Pratiquée dans le cadre du bilan d'une tumeur de l'hypochondre gauche, l'urographie intra-veineuse a montré deux fois un refoulement du rein gauche avec un retard d'élimination, une fois un kyste solitaire du pôle inférieur de ce même rein, associé à un pseudo-kyste de la queue du pancréas. Cette confusion n'est pas rare, et BASCHER en a récemment rapporté onze cas.

⁂ Le lavement baryté demandé devant l'existence de diarrhées sanglantes a mis en évidence une sténose de l'angle colique gauche, laquelle s'est révélée être une sténose extrinsèque par un pseudo-kyste de la queue du pancréas.

X. EXPLORATIONS DIVERSES

Enfin, un certain nombre d'autres explorations peuvent être mises en oeuvre :

A. LA GASTROSCOPIE

Cet examen peut montrer que l'estomac est refoulé par une tuméfaction rétrogastrique ou d'éventuelles varices oesophagiennes en cas d'hypertension portale segmentaire. Surtout il permet d'innocenter l'estomac en cas d'hémorragies digestives au cours des pancréatites chroniques. Il a été réalisé trois fois.

B. LA LAPAROSCOPIE

Elle pourrait permettre de voir directement le pancréas à travers le petit épiploon (MEYER BURG) mais surtout elle montre l'aspect du foie et de la vésicule biliaire, l'existence d'une lame d'ascite dans laquelle il faut doser les amylases, et la dilatation des veines épiploïques traduisant l'existence d'une hypertension portale segmentaire : ce dernier aspect a été trouvé une fois sur trois laparoscopies pratiquées.

C. L'ECHOTOMOGRAPHIE DE L'AIRE PANCREATIQUE

Elle donne une juste appréciation des contours pancréatiques et permet surtout le diagnostic des pseudo-kystes et la surveillance de leur évolution (BRADLEY). Nous l'avons utilisée une fois, ses résultats confirmaient l'existence d'un pseudo-kyste corporéal évoqué par l'artériographie. Compte tenu de la précision des renseignements fournis, "supérieurs à ceux de l'artériographie" (WEILL), cet examen simple et sans danger semble avoir un grand avenir dans le bilan des pancréatites chroniques.

D. LA SCINTIGRAPHIE PANCREATIQUE A LA SELENOMETHIONINE MARQUEE AU SELENIUM 75 AVEC SOUSTRACTION HEPATIQUE

Elle a été remarquablement étudiée par BLANQUET. Son intérêt est double, fonctionnel et morphologique :

- Une diminution globale de la fixation est très évocatrice d'une pancréatite chronique et ce d'autant plus qu'il existe peu de modifications morphologiques (FRUHLING).

- Le scintigramme obtenu permet de détecter sous la forme de trous de fixation des lésions localisées, pancréatite nodulaire, pseudo-kystes ou tumeurs, dès que leur taille dépasse deux centimètres (BATISSE).

Elle n'a jamais été réalisée dans notre série, et notre seul recours aux isotopes concernait une scintigraphie splénique faite dans le bilan d'une tumeur de l'hypochondre gauche qui s'est avérée être un pseudo-kyste de la queue du pancréas.

En conclusion, la multiplicité des examens paracliniques proposés pour explorer la morphologie du pancréas, rend bien compte du fait qu'aucun n'est parfait. De plus, dans le cas des pancréatites chroniques, l'objectif est double : apprécier le volume et les déformations de la glande, mais aussi évaluer le retentissement de la maladie pancréatique. C'est pourquoi, nous pensons que le bilan pré-opératoire d'une pancréatite chronique doit comprendre au minimum : des radiographies simples de l'abdomen, une cholangiographie, un transit baryté oeso-gastro duodénal, une artériographie coelio-mésentérique et une echotomographie, éventuellement complétés par une wirsungographie per-duodénoscopique. Les autres moyens d'exploration venant suppléer les précédents lorsqu'ils s'avèrent insuffisants.

XI. LE BILAN RADIOGRAPHIQUE PER-OPERATOIRE

Il se trouve à la jonction entre les méthodes d'exploration pré-opératoires et les interventions réalisées . Après laparotomie et exploration de la totalité de la cavité abdominale, nous pratiquons habituellement une radiomanométrie des voies biliaires et une wirsungographie.

A. LA RADIOMANOMETRIE DES VOIES BILIAIRES

Elle est faite par canulation du cystique plutôt que par cholécystostomie car la cholécystectomie associée est très fréquente dans notre expérience : de principe dans les exérèses céphaliques, et chaque fois qu'il existe une lithiase biliaire ou des antécédents ictériques. Nous utilisons la canule à cystique de CHAMPEAU et FOURES et l'appareil à radiomanométrie biliaire de CAROLI et FOURES.

Elle a été réalisée seize fois, les principales causes d'abstention étant une cholécystectomie ancienne, d'excellentes images du bas cholédoque sur les cholangiographies pré-opératoires, ou des lésions prédominant dans la région caudale de la glande sans antécédent biliaire.

. Quatre fois les voies biliaires étaient normales, le passage duodénal s'effectuant sous une pression de 15 cm d'eau.

. Dans tous les autres cas, l'examen montrait une dilatation de la voie biliaire principale sus-jacente à un rétrécissement :

- Onze fois rétrécissement régulier du cholédoque intra et rétro-pancréatique (type I de CAROLI et NORA) avec passages duodénaux de produit de contraste se faisant sous forte pression (40 cm d'eau) ou étant absents.
- Une fois sténose basse avec reflux dans le canal de Wirsung (type II de CAROLI et NORA).

Parmi ces douze cas, cinq avaient des antécédents d'ictère, donc sept étaient purement radiologiques : au total, la somme des manifestations biliaires (dix cas) et des dilatations cholédociennes sans traduction clinique représente dix sept cas, c'est dire que le rententissement biliaire de la pancréatite chronique est retrouvé dans un cas sur deux, chiffre beaucoup plus élevé que ceux habituels de la littérature, (VACHON : 35 sur 178), comparables à ceux de LATASTE (47 sur 76).

B. L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE DES CANAUX PANCREATIQUES

Elle peut se faire de trois manières : Par ponction directe du canal de Wirsung, par wirsungographie descendante après splénopancréatectomie gauche, ou par ponction d'un pseudo-kyste communiquant ; nous n'avons jamais fait de pancréatographie ascendante transpapillaire à la manière de DOUBILET et MULHOLLAND.

1. La ponction directe du canal de Wirsung au niveau de l'isthme, là où il est superficiel par rapport à la glande et repose sur le plan dur de la colonne, est facile lorsque le canal est dilaté :

repéré par la palpation qui donne une impression rénittente, le canal est ponctionné à l'aiguille, et on prélève quelques centimètres cubes de "suc" pancréatique, généralement sous pression, pour examen chimique et bactériologique que l'on remplace par du produit de contraste. Lorsqu'il n'est pas palpable, le canal peut être recherché à l'aveugle, par ponctions dans la même zone. La pancréatographie ainsi obtenue montre la dilatation du canal de Wirsung, l'existence éventuelle de calculs, ou d'autres obstacles, et sa terminaison au niveau de l'ampoule de Vater.

2. La wirsungographie descendante se fait en cathétérisant le canal de Wirsung repéré dans la tranche de section pancréatique après spléno-pancréatectomie gauche. Là encore, ce repérage n'est pas toujours facile lorsque le canal est fin.

Au total, nous avons repéré quatorze opacifications per-opératoires du canal de Wirsung ; huit par ponction directe, six par cathétérisme descendant après spléno-pancréatectomie gauche. Quatre fois les canaux pancréatiques étaient très dilatés, dans les dix autres cas, le canal de Wirsung était de calibre normal.

3. La kystographie. Lorsqu'il existe un pseudo-kyste, elle est réalisée par ponction.

- La vidange du pseudo-kyste permet d'étudier son volume et l'aspect de son contenu (clair ou purulent, hémorragique ou nécrotique) dans lequel on peut doser les enzymes ou l'hémoglobine.

- Son remplissage par un produit de contraste précise sa topographie : intra-pancréatique et alors céphalique ou corporéo-caudal ou extra-pancréatique, c'est-à-dire dépassant les limites de la glande, et s'étendant vers l'arrière cavité des épiploons dans la plupart des cas ou plus rarement vers le médiastin ou les cavités pleurales. Enfin, il montrera une éventuelle communication avec le canal de Wirsung, pouvant influencer les indications thérapeutiques.

Cette kystographie a été réalisée treize fois, montrant une communication avec le canal de Wirsung dans six cas.

Traitement Chirurgical

En fonction des données cliniques et radiologiques pré-opératoires, ainsi que des résultats des explorations per-opératoires, l'indication définitive de l'intervention à effectuer est posée.

Schématiquement, nous avons réalisé :

- vingt-cinq exérèses qui se répartissent en :
  . treize duodéno-pancréatectomies céphaliques,
  . douze spléno-pancréatectomies gauches,

- sept dérivations kysto-digestives, dont une double chez le même malade, ces interventions étant parfois associées ;

- cinq malades ont subi des gestes chirurgicaux divers, sphinctéroplastie ou dérivation biliaire ou digestive.

Nous n'avons pas l'expérience des anastomoses wirsungojéjunales pour lesquelles nous avons rencontré peu d'indications typiques et nous n'avons jamais utilisé les différentes techniques d'énervation pancréatique, telle la splanchnicectomie gauche selon MALLET-GUY.

Nous allons étudier successivement ces quatre groupes d'interventions avec, pour chacun, un rappel historique, une note technique, et une évaluation des résultats immédiats et à long terme.

Tableau n° 3

LES DUODENO-PANCREATECTOMIES CEPHALIQUES

Abréviations utilisées

W = Canal de Wirsung

H.G.P. = Hyperglycémie provoquée

H.G.P. para D. = Hyperglycémie para-diabétique

P.C. = Pancréatite chronique

P.C.C. = Pancréatite chronique calcifiante

H.T.P.S. = Hypertension portale segmentaire

P.K. = Pseudo-kyste

N° OBS .	1	2	3	4	5	6
AGE	42 ans	39 ans	35 ans	35 ans	47 ans	32 ans
ULCERE	+	+ perforé		+ perforé		
ICTERE						
PANCREATITE AIGUE	-	-	-	+:laparotomie	-	-
INTERVENTIONS ANTERIEURES	.gastrectomie .drainage W. +splanchn. D. +splanchn. G.	drainage ext. pseudo-kyste gastrectomie		suture perforation drainage ext. pseudo-kyste		
DELAI DEBUT-INTERVENTION	7 ans	3 ans	1 an	4 ans	6 ans	2 ans
DOULEURS	++	++ (toxicomanie)	++	++	++	++
AMAIGRISSEMENT	12 kilos	++ (cachexie)	-	-	7 kilos	18 kilos
S.ASSOCIES	-	-	vomissements	-	-	-
DIABETE	-	D. insuline	-	-	-	H.G.P. par
CALCIFICATIONS	non	diffuses	diffuses	céphaliques	céphaliques	céphaliques
RADIOS				artériographie normale	artériographie:images P.C.	sténose du dénale spléno-portographie H.T.P.S.
PANCREAS tête	scléreuse	scléreuse	tumorale	scléreuse	scléreuse	tumorale
PANCREAS queue			saine	scléreuse	saine	scléreuse
VOIE BILIAIRE	-	normale	-	-	dilatée	-
WIRSUNG	-	-	-	-	dilaté	-
PSEUDO-KYSTE	-	-	-	-	-	-
GESTE ASSOCIE				spléno-pancréatectomie	-	appendicectomie
ANA.- PATH.	P.C. majeur	P.C.C.	P.C.C. + P.K.	P.C.C. majeur	P.C.C.majeur	P.C.C.majeu
SUITES OPERATOIRES	abcès paroi	décès post. opératoire précoce	simples	abcès paroi diabète	simples	simples
SEJOUR	37 jours		45 jours	17 jours	18 jours	18 jours
DELAI D'OBSERVATION	5 ans 5 mois	-	perdu de vue	3 ans	5 ans 4 mois	5 ans 4 m
DOULEURS	persistantes	-	-	diminuées	disparues	disparues
POIDS	-	-	-	-	+ 10 kilos	+ 5 kilos
DIABETE	-	-	-	D. insuline	-	-
TRAITEMENT	-	-	-	-	-	
TRAVAIL	inconstant	-	-	invalidité	normal	normal
REMARQUES	reflux gastro aerophagie	-	-	tuberculose cirrhose	-	-
ETHYLISME	++	-	++	+++	non	non
RESULTAT	décédé	décédé	perdu de vue	mauvais	bon	bon

7	8	9	10	11	12	13
43 ans	47 ans	40 ans	35 ans	45 ans	34 ans	27 ans
  –	 ictère –	+ + gastrectomie	 +	perforé ictère – gastrectomie	 ictère –	 ictère – gasto-entero anastomose
mois	15 ans	9 mois	3 ans	4 ans	2 ans	4 ans
- 2 kilos - -	++ 15 kilos - D.insuline	++ - - -	++ 4 kilos vomissements pseudo-kyste -	++ (toxicomanie) 12 kilos - H.G.P. normale	++ 5 kilos - H.G.P. normale	++ 20 kilos - -
éphaliques	diffuses	non	non	non	céphaliques	céphaliques
ctériographie normale auf H.T.P.S.	artériographie images P.C.		sténose duodénale artériographie pseudo-kyste céphalique	artériographie images P.C. pseudo-kyste céphalique	artériographie images P.C. pseudo-kyste céphalique	artériographie normale
umorale - ormale ormal éphalique ommuniquant	tumorale - dilatée normal céphalique non communiquant	tumorale - dilatée - céphalique non communiquant	tumorale - dilatée - céphalique non communiquant	tumorale - dilatée normal céphalique communiquant	tumorale - dilatée normal céphalique non communiquant	scléreuse - dilatée dilaté céphalique communiquant
.C.C.majeur	P.C.C. majeur	P.C.+calculs	P.C.C.majeur	P.C.+calculs	P.C.C.majeur	P.C.C.majeur
ocès paroi 0 jours	abcès A.C.D.E. fistule biliaire 50 jours	abcès paroi 30 jours	simples 22 jours	fistule digestive décès 16 jours	abcès paroi 30 jours	simples 15 jours
ans 6 mois isparues 15 kilos - xtrait pancr. ormal - on	1 an 6 mois diminuées amaigrissement D.insuline - inconstant épanchement pleural cachexie +++	2 ans 9 mois disparues + 8 kilos - - normal - non	2 ans 5 mois disparues + 7 kilos - extrait pancr. normal - non	- - - - - - - -	1 an 9 mois disparues + 10 kilos - - normal - non	3 ans 6 mois disparues + 12 kilos H.G.P. para D - chômage - non
on	décédé	bon	bon	décédé	bon	bon

I. LES DUODENO-PANCREATECTOMIES CEPHALIQUES

A. RAPPEL HISTORIQUE

Réalisée pour la première fois en 1898 par CODIVILLA pour un cancer du pancréas (cité dans la thèse de B. MATHEY, Lyon 1974), la duodéno-pancréatectomie céphalique fut utilisée pour la première fois par WHIPPLE pour pancréatite chronique en 1946.

Elle fut bien codifiée par CATELL et WARREN, et c'est GUILLEMIN qui en France étendit ses indications dans le traitement chirurgical des pancréatites chroniques.

B. NOTE TECHNIQUE

Nous avons réalisé treize fois cette intervention : les observations correspondantes sont résumées dans le tableau n°3.

1. La voie d'abord

Ce fut une laparotomie médiane, souvent itérative en raison d'interventions antérieures, dans les deux tiers des cas, une laparotomie sous-costale droite dans les autres.

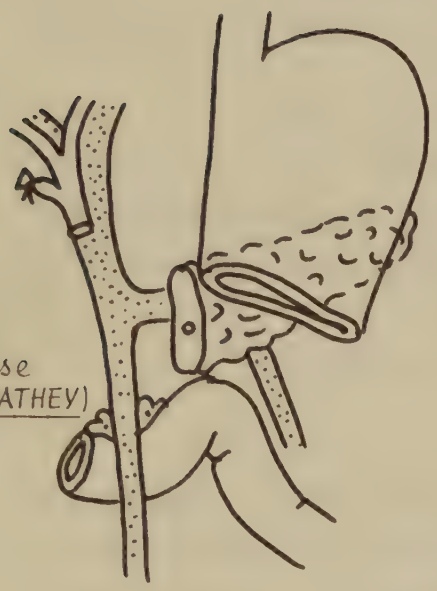
2. Le bilan des lésions

- L'exploration abdominale montrait quatre fois une tête du pancréas de volume normal mais très dure, neuf fois une tête augmentée de volume, le plus souvent rénittente. Le reste de la glande était sub-normal dans la moitié des cas, très remanié par la pancréatite chronique dans les autres.

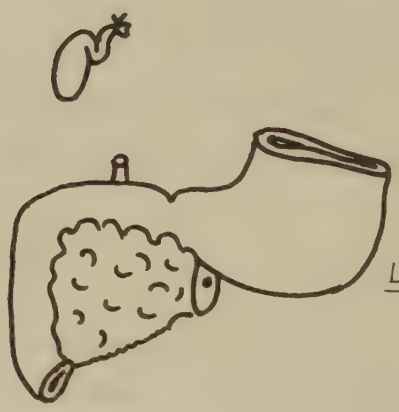
- Le bilan radiologique montrait une voie biliaire principale dilatée en amont d'une sténose rétro-pancréatique plus ou moins serrée dans huit cas, de calibre normal dans les deux autres cas où elle fut explorée.

Le canal de Wirsung était très dilaté trois fois et normal trois fois sur six Wirsungographies per-opératoires, et il existait sept fois un pseudo-kyste, communiquant avec le canal de Wirsung dans trois cas.

3. Le temps d'exérèse



L'exérèse
(d'après B. MATHEY)



La pièce

Schéma n° 1

DUODENO-PANCREATECTOMIE CEPHALIQUE : LE TEMPS D'EXERESE

Il fut le plus souvent conforme à la technique de GUILLEMIN, avec ses particularités :

- section de l'estomac assez haute pour réaliser une hémigastrectomie, dans le but de prévenir les ulcères peptiques post-opératoires (MATHEY), pas trop haute pour ne pas majorer les troubles nutritionnels (HIVET)

- section du pancréas au niveau de l'isthme, à la verticale du confluent portal, parfois poussée plus à gauche en fonction des lésions.

Deux fois la limite de l'exérèse fut fournie par un pseudo-kyste occupant toute la hauteur de la glande ;

- section duodénale au niveau du genu inferius, permettant de conserver, avec sa vascularisation, le petit pancréas de WINSLOW, sauf dans deux cas où il fut emporté délibérément ;

- libération prudente de l'axe veineux spléno-portal, temps le plus difficile de l'exérèse ;

- section cholédocienne enfin, le plus bas possible, sans trop isoler le bout supérieur pour prévenir les nécroses (DOUTRE). Elle fut toujours associée à une cholécystectomie de principe, dans le but d'éviter les cholécystites post-opératoires.

4. Le temps de réparation

Parmi les soixante-huit techniques rapportées par LEGER et BREHANT pour le temps de réparation (schéma n°2), nous avons le plus souvent utilisé une anse en Y pour rétablir les continuités selon CHILD et une seule fois, une anse en omega, comme CATELL et GUILLEMIN.

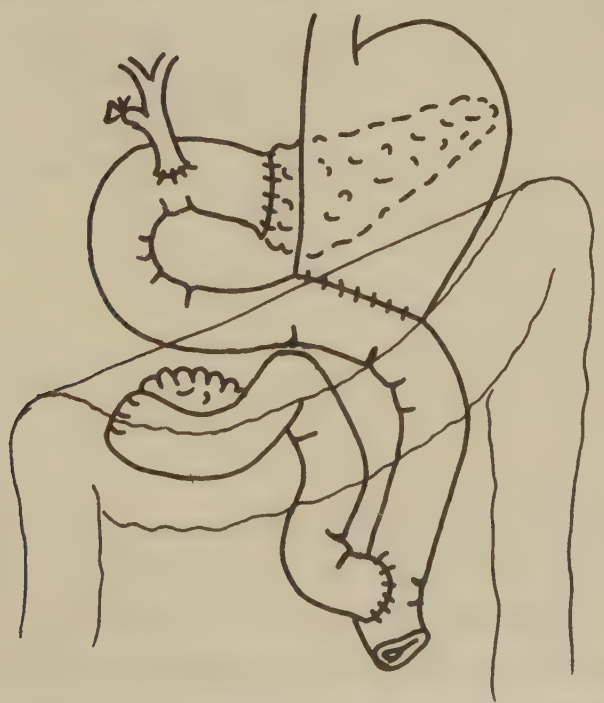


Schéma n° 2

DUODENO-PANCREATECTOMIE CEPHALIQUE : LE TEMPS DE REPARATION

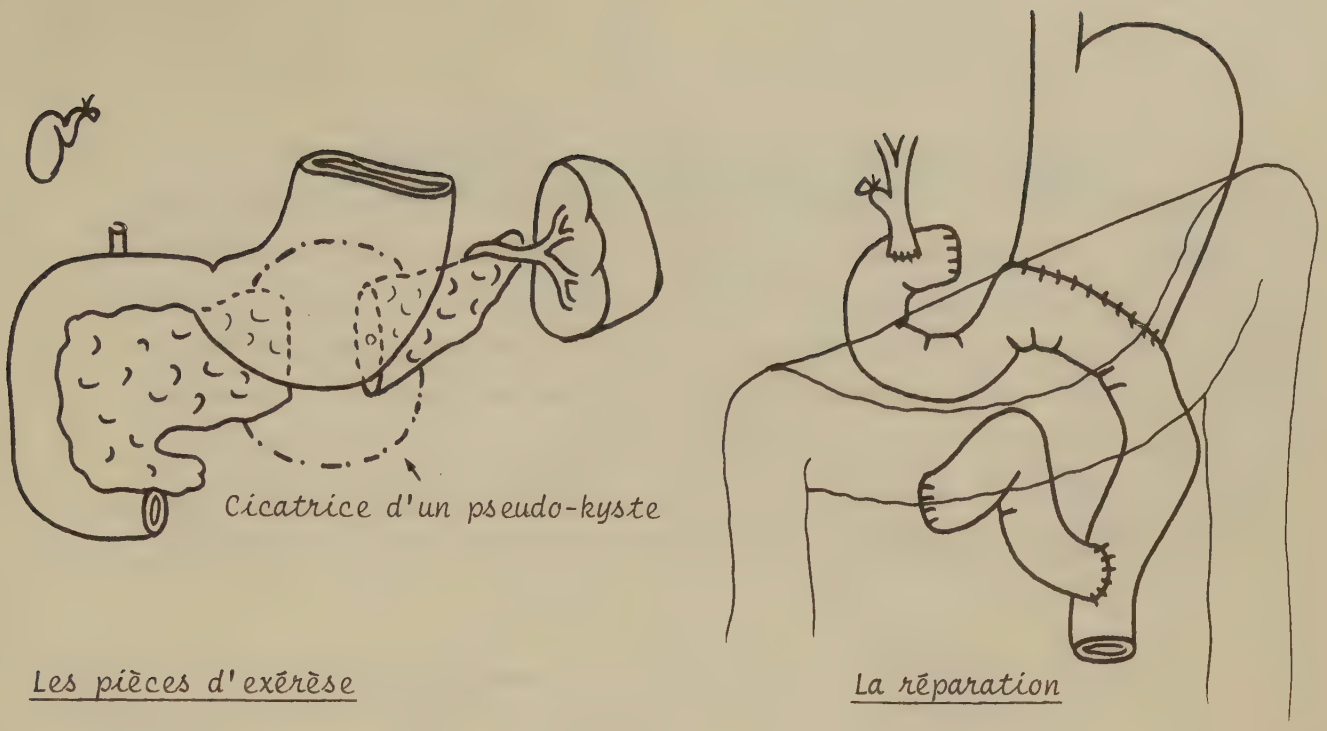
(d'après J. BAULIEUX)

Nous avons habituellement sectionné la première anse jéjunale à vingt centimètres environ de l'angle de TREITZ et l'avons fait passer à travers le mésocolon transverse pour réaliser les trois anastomoses dans un ordre immuable :

a) Anastomose pancréatico-jéjunale, termino-terminale le plus souvent (dix cas), la capsule pancréatique étant suturée à la séro-musculeuse-jéjunale au fil non résorbable. Dans un cas, nous avons fait une pancréatico-jejunostomie termino-latérale, anastomosant à la fois le canal de Wirsung non dilaté et la paroi d'un pseudo-kyste communiquant (schéma n°3).

Schéma n° 3
ANASTOMOSE
PANCREATICO-KYSTO-JEJUNALE
TERMINO-LATERALE
(Observation n° 7)

Dans un autre cas, nous avons réalisé simultanément une duodéno-pancréatectomie céphalique et une spléno-pancréatectomie gauche de part et d'autre de la cicatrice fibreuse laissée par le drainage externe d'un pseudo-kyste extra-parenchymateux, réalisant en fait une pancréatectomie totale et supprimant le temps d'anastomose pancréatico-jéjunale (obs. n°4) (schéma n°4).



Les pièces d'exérèse

La réparation

Schéma n° 3

DUODENO - PANCREATECTOMIE CEPHALIQUE

ASSOCIEE A UNE SPLENO-PANCREATECTOMIE GAUCHE (Observation n° 4)

b) Anastomose hépatico-jéjunale termino-latérale, à dix centimètres environ en aval de la précédente, en un plan de points séparés au fil non résorbable. Elle fut réalisée sept fois sur drain de Kehr, six fois sans tuteur, lorsque la voie biliaire principale était très dilatée. Quand le cholédoque était de calibre subnormal, nous avons utilisé un artifice plastique consistant à fendre l'éperon hépatico-cystique, ce qui donne un peu plus de tissu biliaire à suturer (schéma n°5).

Schéma n° 5

PLASTIE D'AGRANDISSEMENT

DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

(d'après LEGER et PATEL)

c) Anastomose gastro-jéjunale termino-latérale, à trente centimètres de la précédente, selon FINSTERER, en un plan extra-muqueux de points séparés au fil non résorbable. Cette anastomose est placée dans l'étage sous-mésocolique en fixant l'estomac au pourtour de la brèche du mésocolon transverse. Une anastomose jéjuno-jéjunale, située à soixante centimètres environ de l'extrêmité de l'anse en Y, complète le montage. Dans un cas où une gastrectomie suivie de rétablissement de la continuité selon FINSTERER avait été antérieurement réalisée, nous avons fait la troisième anastomose jéjuno-jéjunale (schéma n°6)

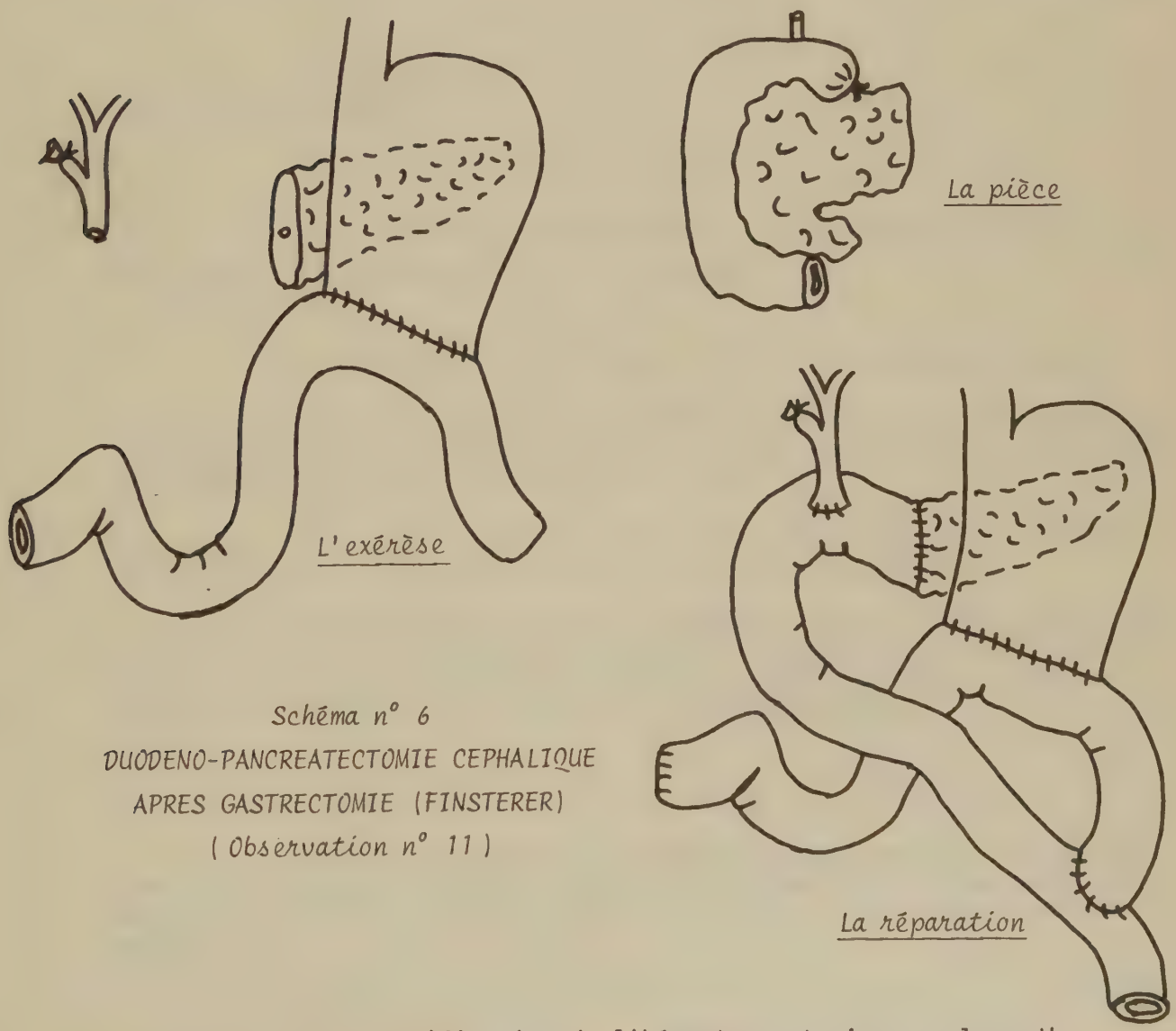


Schéma n° 6
DUODENO-PANCREATECTOMIE CEPHALIQUE
APRES GASTRECTOMIE (FINSTERER)
(Observation n° 11)

Après vérification de l'hémostase et mise en place d'un drainage sous-hépatique, la fermeture de la paroi en deux plans termine l'intervention.

Nous tenons beaucoup aux particularités du temps d'exérèse que sont le respect de l'angle duodéno-jéjunal et du petit pancréas, ainsi que l'hémigastrectomie. Et pour le temps de reconstruction, nous sommes très attachés à l'anse en Y et à l'ordre des anastomoses qui permettent aux secrétions pancréatiques et biliaires de baigner l'anastomose gastro-jéjunale, limitant au maximum le risque d'ulcère peptique : aucun de nos opérés n'a présenté cette complication :

- RIBET : 2 ulcères peptiques sur 25 duodéno-pancréatectomies céphaliques
- WARREN : 17% avec une gastrectomie limitée, 7,5% avec une hémigastrectomie

C. MORTALITE OPERATOIRE

Nous déplorons deux décès dans les suites opératoires : ces deux observations méritent qu'on s'y arrête :

- OBSERVATION N°2, M. KR ..., 39 ans, grand éthylique.

Perforation ulcéreuse traitée médicalement en 1962, drainage externe d'un pseudo-kyste pancréatique en 1964, gastrectomie en 1965 (FINSTERER), découverte d'un diabète en 1966.

Sur le plan clinique, persistance de douleurs intolérables (dix PALFIUM par jour), fistule pancréatique et cachexie.

Duodéno-pancréatectomie céphalique en mai 1967 : intervention longue en raison des nombreuses adhérences et difficultés lors de la libération du carrefour portal. Pertes sanguines importantes. Décès par fibrinolyse aigüe dans les heures suivant l'intervention.

- OBSERVATION N°11, M. CO ..., 45 ans, grand éthylique.

Perforation ulcéreuse traitée médicalement en 1956, gastrectomie des deux tiers en 1957 (FINSTERER), diagnostic de pancréatite chronique fait en 1969, indication opératoire posée, mais différée par le malade.

En 1972, ictère rétentionnel durant dix jours.

Sur la plan clinique, persistance de douleurs intolérables (morphinomanie), amaigrissement considérable, diarrhées.

L'artériographie coelio-mésentérique met en évidence une artère hépatique commune née de la mésentérique supérieure.

En octobre 1973, duodéno-pancréatectomie céphalique emportant le petit pancréas, suivie d'anastomose jéjuno-jéjunale. Apparition d'une fistule digestive au huitième jour, décès au seizième.

Ces deux observations ayant en commun l'existence d'interventions antérieures, l'intensité de la douleur et l'amaigrissement considérable confirment qu'il ne faut pas laisser passer l'heure de la chirurgie majeure (MERCADIER).

Au total donc, deux décès post-opératoires sur treize duodéno-pancréatectomies céphaliques :

- SATO	1	décès sur	6	duodéno-pancréatectomies	céphaliques
- GROSDIDIER	1	"	15	"	"
- MERCADIER	2	"	33	"	"
- LEGER	1	"	18	"	"
- DOUTRE	2	"	40	"	"
- GUILLEMIN	1	"	69	"	"
- WARREN	2	"	82	"	"
- VIARD	2	"	13	"	"

D. COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

Un malade a collecté un abcès de l'arrière cavité des épiploons nécessitant un drainage chirurgical au cinquième jour, suivi d'une fistule biliaire ayant cédé en quelques jours d'aspiration locale.

Quatre malades ont constitué un abcès de paroi rapidement guéri par les soins locaux.

Les suites opératoires ont été parfaitement simples dans les six autres cas.

Au total donc, nous relevons dans notre série deux cas de fistules post-opératoires.

- Une fistule digestive complexe ayant entraîné le décès. Ces fistules sont toujours graves, habituellement mortelles (C. HOUDARD). Attribuées par GUILLEMIN à un lachage du moignon duodénal d'origine ischémique probable, elles seraient évitées par la conservation du petit pancréas, ménageant au mieux la vascularisation duodénale : effectivement cela n'avait pas été réalisé chez notre malade.

- Une fistule biliaire bénigne, éventualité relativement fréquente :

- GUILLEMIN	8	fistules	sur 69	duodéno-pancréatectomies
- LEGER	1	"	sur 20	"
- GAUTHIER BENOIT	4	"	sur 25	"
- DOUTRE	4	"	sur 40	"

Les suppurations pariétales sont un incident classique et sans gravité de toute chirurgie viscérale que nombre d'auteurs passent sous silence, ce qui ne permet pas de comparaisons avec la littérature. Notons enfin que nous n'avons pas observé d'hémorragie ni d'occlusion post-opératoire.

La durée de séjour post-opératoire a été de vingt-huit jours en moyenne, avec des extrêmes de quinze à cinquante jours.

E. DECES SECONDAIRES

Deux malades sont morts à distance de l'intervention. Un de cause inconnue :

- OBSERVATION N°1, M. FL ..., 42 ans, éthylique majeur.

Déjà opéré trois fois (une gastrectomie pour ulcère et deux interventions pour pancréatite chronique), il subit en septembre 1967 une duodéno-pancréatectomie céphalique, avec des suites opératoires simples.

Revu cinq ans et cinq mois après l'intervention, il présentait toujours des douleurs épigastriques, travaillait de façon inconstante et poursuivait assidûment son intoxication éthylique. Nous le classions dans les mauvais résultats et nous avons appris son décès en le convoquant lors de la préparation de ce travail.

L'autre, en rapport avec la poursuite évolutive de sa maladie pancréatique.

- OBSERVATION N°8, M. HA ..., 47 ans, manoeuvre, sans domicile fixe.

Début des douleurs en 1957, ictère temporaire en 1972, découverte d'un diabète lors du bilan.

Duodéno-pancréatectomie céphalique en février 1972, avec des suites troublées par un abcès de l'arrière cavité des épiploons et une fistule biliaire.

Le malade va assez bien pendant dix-huit mois, mais poursuit son intoxication éthylique et équilibre son diabète de façon très fantaisiste. Réhospitalisé pour douleurs et cachexie, il constitue un épanchement pleural droit, séro-fibrineux, riche en amylases, devenant bilatéral et purulent après plusieurs thoracentèses.

Il décède dans un tableau de cachexie fébrile avant qu'un autre geste ait pu être envisagé.

F. RESULTATS A LONG TERME

1. Les chiffres

L'efficacité d'une intervention s'appréciant en fonction de son influence sur les symptômes de l'affection traitée, nous avons retenu comme critères :

- la douleur,
- l'amaigrissement,
- le syndrome déficitaire externe et interne,

tous symptômes ayant pour conséquence une invalidité plus ou moins complète.

Compte tenu de notre petit nombre de cas, nous avons résumé les résultats en deux groupes seulement : bons ou mauvais.

- Sont considérés comme des bons résultats, les malades qui ne souffrent plus, ont repris du poids, ne présentent ni diabète, ni déficit exocrine majeur et surtout ont retrouvé une activité normale.

- Les mauvais résultats regroupent les autres cas, que les douleurs persistent même diminuées, que l'amaigrissement reste inchangé ou s'aggrave, qu'il existe un diabète ou un déficit pancréatique externe difficile à équilibrer, qu'une complication nouvelle s'installe ou que l'invalidité persiste.

Sur treize duodéno-pancréatectomies céphaliques :

- deux malades sont décédés en post-opératoire précoce,
- deux malades sont décédés secondairement, il s'agissait de mauvais résultats,
- un malade a été perdu de vue,
- parmi les huit malades restants :

. Sept ont un bon résultat, avec disparition totale des douleurs, gain de poids allant de cinq à quinze kilos, pas de diabète, pas ou peu d'insuffisance pancréatique externe (trois malades prennent des extraits pancréatiques, quatre n'ont aucun traitement), et reprise complète des activités antérieures, sauf pour un malade qui est en chômage. Le recul moyen est de trois ans et huit mois, avec des extrêmes allant de vingt-et-un mois à plus de cinq ans.

. Un malade a un mauvais résultat, mais il s'agit en fait d'une pancréatectomie totale chez un malade aux antécédents psychiatriques dont l'observation mérite d'être rapportée :

- OBSERVATION N°4, M. BU ..., 35 ans, grand éthylique.

Perforation ulcéreuse en 1963, traitée par suture simple. Laparotomie en 1968 pour pancréatite aigüe, traitement médical. Laparotomie itérative deux mois plus tard pour pseudo-kyste corporéal suivie de drainage externe.

Sur le plan clinique, persistance des crises douloureuses deux fois par mois, entrainant une invalidité. Trois séjours hospitaliers amaigrissement considérable.

L'intervention, en juin 1972, trouve une pancréatite céphalique majeure, une pancréatite caudale avec des stigmates d'hypertension portale segmentaire, les deux étant séparées par une cicatrice fibreuse témoignant du pseudo-kyste antérieur.

On réalise successivement une duodéno-pancréatectomie céphalique et une splénо-pancréatectomie caudale, sans section pancréatique : il s'agit bien d'une pancréatectomie totale.

Suites troublées par l'apparition d'un diabète majeur et par un abcès de paroi.

Poursuite de l'intoxication éthylique, persistance des douleurs, moins intenses qu'avant l'intervention. Nombreux séjours hospitaliers et psychiatriques. Découverte d'une cirrhose constituée lors d'une ponction-biopsie hépatique, apparition d'une tuberculose pulmonaire.

Au total donc, sept bons résultats sur treize duodéno-pancréatectomies céphaliques, avec un recul moyen supérieur à trois ans, chiffres comparables à ceux de :

- SAUBIER (1974)	8 bons résultats	sur 16
- GROSDIDIER (1974)	7 excellents résultats	sur 15
- LEGER (1972)	6 bons résultats à cinq ans	sur 18
- GUILLEMIN (1974)	49 bons et très bons résultats	sur 69
- WARREN (1969)	56 bons résultats	sur 82
- VIARD (1975)	7 bons résultats	sur 13

moins pessimistes que ceux de :

- RIBET (1975) 3 bons résultats à plus de deux ans sur 25.

2. L'influence sur la glycorégulation

Un seul malade a vu apparaître un diabète instable dans les suites de l'intervention ; mais il s'agissait d'une pancréatectomie totale dont l'observation a été détaillée plus haut.

Un malade diabétique avant l'intervention n'a pas vu son diabète notablement aggravé.

Un malade enfin, présente une courbe d'hyperglycémie provoquée de type para-diabètique, sans diabète clinique. Mais cet examen n'avait pas été réalisé avant l'intervention et il a été pratiqué dans trop peu de cas pour que nous puissions en tirer des conclusions.

Au total, nous avons l'impression que la duodéno-pancréatectomie céphalique modifie peu la glycorégulation dont le site anatomique est essentiellement la partie gauche de la glande, rejoignant ainsi les conclusions de GUILLEMIN.

3. Le rôle de la poursuite de l'intoxication éthylique

Les sept bons résultats concernent des malades qui ont supprimé toute boisson alcoolisée. Le mauvais résultat poursuit son intoxication. Les deux décès secondaires concernaient deux malades qui n'avaient pas renoncé à l'alcool.

Ceci confirme l'influence de la poursuite de l'intoxication éthylique sur les résultats à long terme, l'abandon de l'alcoolisme devant être, en théorie, le préalable à toute intervention d'exérèse (VACHON, SARLES).

Tableau n° 4

LES SPLENO-PANCREATECTOMIES GAUCHES

Abréviations utilisées

H.G.P. = Hyperglycémie provoquée

H.T.P.S. = Hypertension portale segmentaire

P.K. = Pseudo-kyste

N° OBSERVATION	14	15	16	17	18
AGE	34 ans	54 ans	52 ans	43 ans	36 ans
ANTECEDENTS INTERVENTION ANTERIEURE	pancréatite aigüe duodénopancréatectomie	pancréatite aigüe	pseudo-kyste drainage externe		pancréatite aigüe
DELAI DEBUT - INTERVENTION	4 ans	2 ans	12 ans	8 ans	3 ans
CLINIQUE					
DOULEURS AMAIGRISSEMENT DIABETE HEMORRAGIES PSEUDO-KYSTE EPANCHEMENT PLEURAL	++ + non précisé H.G.P. para diabétique anémie	++ H.G.P. para diabétique +	++ hématémèses + meloenas	++ diarrhées + non précisé oui : régime + sulfamides droit amylases +	++ diarrhées 11 kilos H.G.P. para diabétique diarrhées salivantes
CALCIFICATIONS VOIE BILIAIRE ARTERIOGRAPHIE SPLENO PORTOGRAPHIE	non normale H.T.P.S.	non lithiase vésiculaire	non H.T.P.S.	diffuses dilatée H.T.P.S.	céphaliques dilatée cavernôme
BILAN					
H.T.P.S. PANCREAS	++ pancréas restant scléreux	++ pseudo-kyste corporéal	++ grosse rate tête dure queue rétractée	++ grosse rate grosse tête rénittente	modérée grosse tête dure P.K. caudal
SPLENO-PANCREATECTOMIE					
SECTION R^{x} WIRSUNG INTERVENTION ASSOCIEE	 cholecystectomie, choledocoduodenostomie	bord droit veine porte P.K. non comm. wirsung dilaté	isthme non dilaté bons passages	queue P.K. céphalique kysto-jéjunostomie. Cholecystoduodenostomie	isthme P.K. céphalique P.K. caudal cholecystectomie
SUITES	simples	simples	abcès sous-phrénique gauche	simples	abcès sous phrénique gauche
DIABETE	non	insuline	non	insuline	insuline
RESULTATS					
DELAI RESULTAT	2 ans bon	perdu de vue		2 ans 4 mois mauvais éthylisme ++	2 ans 4 mois bon tuberculose coup de fusil
DECES SECONDAIRE	1970 cause inconnue		18e mois drainage - occlusion		

19	28	29	31	33	35
46 ans	40 ans	71 ans	27 ans	35 ans	57 ans
	ulcère				
ans	1 an	12 ans	1 an	0	2 ans
G.P. para abétique	++ + non précisé	++ 3 kilos	++	non	++
uche	bilatéral amylases +	+		+ gauche amylases +	hématémèse + ictère +
udales rmale T.P.S.	non normale	céphaliques normale	diffuses	non	diffusés
dérée oc corporéo udal scléreux	modérée rétraction caudale	non pseudo-kyste caudal	++ grosse rate pancréatite gauche	++ grosse rate pancréatite gauche	non tête dure P.K. caudal
thme n dilaté ns passages	isthme P.K. caudal bons passages drainage médiastinal	queue résection kyste rénal G	isthme non dilaté bons passages	isthme non dilaté bons passages drainage pleural	isthme non dilaté lithiase sphinctéroplastie
cès sous rénique gau- e	simples	simples	simples	simples	simples
suline					
an 3 mois n entration	2 ans 2 mois bon hypertension	8 mois bon		perdu de vue	perdu de vue
			2 ans autre cause		

II. LES SPLENO-PANCREATECTOMIES GAUCHES

A. RAPPEL HISTORIQUE

La première pancréatectomie gauche fut pratiquée par TREDELENBURG pour un sarcome de la queue du pancréas en 1896 (cité par DE ROISSARD, thèse Lyon 1968), mais c'est MALLET-GUY qui réalisa en 1933 la première pancréatectomie gauche pour pancréatite chronique.

Le problème splénique a été longuement débattu : certains, comme MALLET-GUY, estimant le sacrifice de la rate inutile, et de surcroît dangereux, la plupart des auteurs préférant réaliser une spléno-pancréatectomie en raison de la grande fréquence des complications spléniques (hypertensions portales segmentaires, rupture spontanée, etc ...) et de la simplification du geste chirurgical (MERCADIER, LEGER).

B. NOTE TECHNIQUE

Nous avons effectué douze spléno-pancréatectomies gauches, n'ayant jamais laissé de rate en place après pancréatectomie gauche. Un de ces cas, associé à une duodéno-pancréatectomie céphalique, a été étudié dans ce chapitre : les observations correspondantes sont résumées dans le tableau n°5.

1. La voie d'abord

Ce fut toujours une laparotomie médiane sous-ombilicale, parfois élargie, parfois itérative, ou plus rarement une laparotomie trans-rectale gauche.

2. Le bilan des lésions

L'exploration abdominale montrait des signes d'hypertension portale, sous la forme de dilatation pouvant être considérable, des veines épiploïques et parfois iléales dans dix cas sur douze, une rate augmentée de volume de façon notable dans quatre cas.

Au niveau du pancréas, six fois existaient des lésions diffuses, quatre fois des lésions localisées à la queue de la glande, scléreuse et rétractée, attirant la rate, l'estomac et le colon gauche en un bloc parfois difficile à disséquer.

Enfin, on trouvait un pseudo-kyste corporéal dans un cas, et un pseudo-kyste caudal dans le dernier.

Le foie était manifestement cirrhotique dans un cas, (sans images d'hypertension portale), augmenté de volume, mais d'aspect sain dans deux autres, parfaitement normal dans le reste des cas.

3. L'exérèse

La section du pancréas (schéma n°7) a été faite à des niveaux divers :

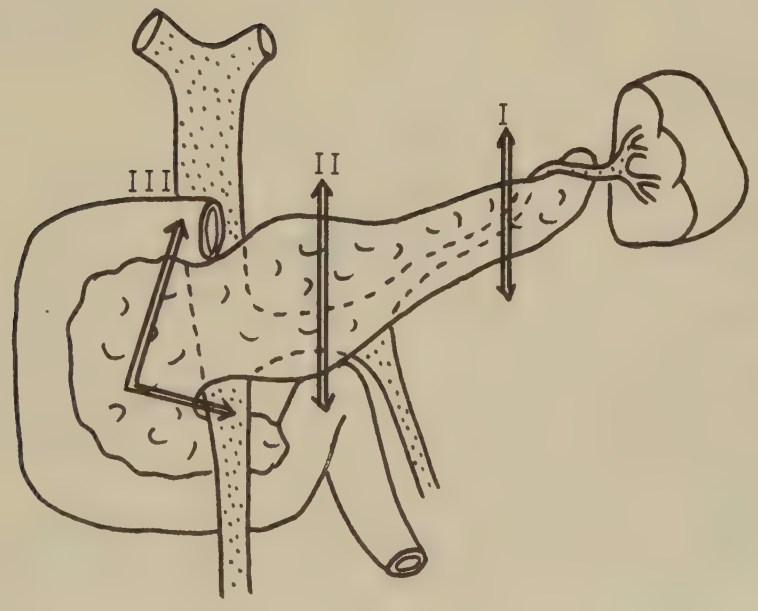


Schéma n° 7

LES TROIS LIEUX SCHEMATIQUES DE SECTION DU PANCREAS DANS LES SPLENO-PANCREATECTOMIES

sept fois au niveau de l'isthme, à l'aplomb de la jonction des veines splénique et mésentérique inférieure, emportant le corps et la queue du pancréas, deux fois à la jonction corporéo-caudale, réalisant une pancréatectomie caudale vraie. (schéma n° 8)

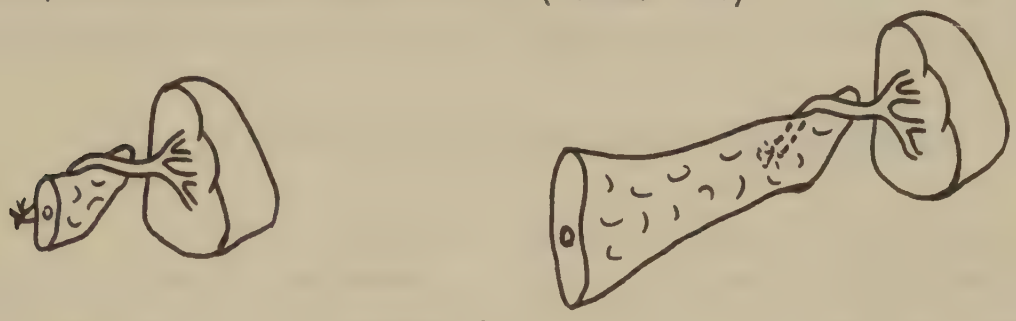
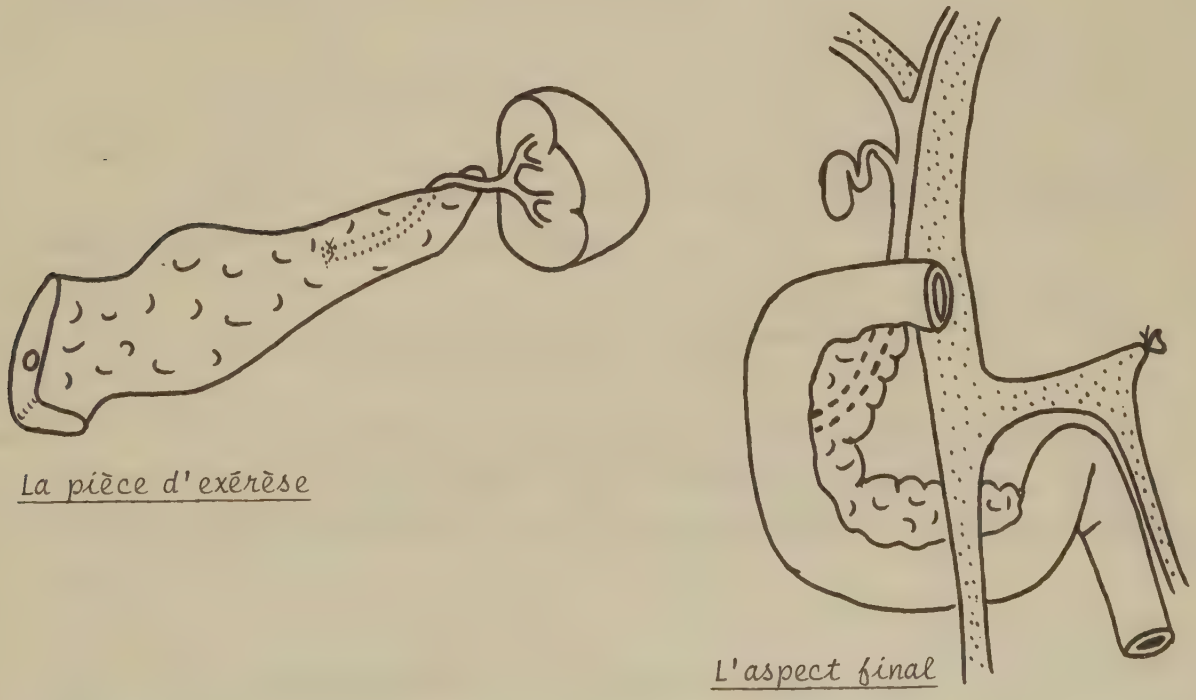


Schéma n° 8

SPLENO-PANCREATECTOMIE GAUCHE *SPLENO-PANCREATECTOMIE CORPOREO CAUDALE*

Dans un cas, sectionnant le pancréas au-delà du bord droit de la veine porte, nous avons réalisé une pancréatectomie presque totale de gauche à droite à la manière de MERCADIER (schéma n° 9)



La pièce d'exérèse

L'aspect final

Schéma n° 9

SPLENO-PANCREATECTOMIE SUB-TOTALE

Enfin, deux cas particuliers sont à isoler : la spléno-pancréatectomie gauche associée à une duodéno-pancréatectomie céphalique étudiée plus haut, dans laquelle la limite de l'exérèse pancréatique fut fournie par un pseudo-kyste du corps, et une spléno-pancréatectomie gauche, exécutée quatre ans après une duodéno-pancréatectomie céphalique.

4. Le devenir de la tranche de section pancréatique

Il est étroitement lié à l'aspect du canal de Wirsung.
Une wirsungographie descendante per-opératoire par la tranche de section a été réalisée dans six cas et a montré cinq fois un canal de Wirsung fin dans son ensemble avec de bons passages duodénaux, une fois une lithiase du canal de Wirsung proximal en amont d'une oddite pour laquelle nous avons effectué une désobstruction et une sphinctéroplastie.
Nous ne l'avons pas faite dans les trois autres cas où elle aurait été justifiée, le plus souvent par impossibilité de trouver le canal de Wirsung dans la tranche de section pancréatique. Celle-ci a toujours été suturée par des points en X de fil non résorbable, sans ligature élective du canal de Wirsung.

5. Les gestes associés

Un certain nombre de gestes ont été réalisés en association avec la spléno-pancréatectomie gauche.

a) Les gestes biliaires, tout d'abord :

- Deux cholécystectomies pour lithiase vésiculaire ou pour cholécystite scléro-atrophique, cette dernière existant chez la malade qui avait subi une duodéno-pancréatectomie céphalique quatre années auparavant.

- Une anastomose bilio-digestive dans un cas de pancréatite chronique diffuse avec pseudo-kyste céphalique, chez qui la radiomanométrie per-opératoire montrait un cholédoque dilaté en amont d'une sténose rétro-pancréatique très serrée.

L'anse jéjunale utilisée pour la kysto-jéjunostomie étant trop courte, nous avons dû nous contenter d'une cholécysto-duodénostomie, type de dérivation bilio-digestive imposé par un pédicule hépatique inabordable en raison d'une hypertension portale sévère.

- D'autre part, nous avons refait l'anastomose hépatico-jéjunale de la duodéno-pancréatectomie céphalique, responsable de crises d'angiocholite, avec une plastie d'agrandissement.

b) Geste pancréatique

Déjà cité ci-dessus : une kysto-jéjunostomie termino-latérale sur anse en Y chez ce malade porteur d'une pancréatite chronique diffuse avec un pseudo-kyste céphalique, responsable d'une hypertension portale considérable et d'une sténose de la voie biliaire principale, posant de difficiles problèmes thérapeutiques.

c) Gestes extra-digestifs, enfin :

- La résection d'un kyste rénal gauche associé à un pseudo-kyste de la queue du pancréas, association qui n'est sans doute que pure coïncidence, la littérature n'ayant fait aucun rapprochement à notre connaissance.

- Un drainage pleural, dans une forme de pancréatite chronique révélée par un épanchement pleural gauche.

- Un drainage médiastinal chez un malade porteur d'un pseudo-kyste corporéal s'étendant au médiastin par le hiatus oesophagien, responsable d'un épanchement pleural bilatéral.

C. MORTALITE OPERATOIRE

Nous n'avons pas eu à déplorer de décès post-opératoire précoce dans notre série, ce qui confirme la moindre gravité de la pancréatectomie distale par comparaison avec la duodéno-pancréatectomie céphalique.

- SATO	0	décès sur	10	pancréatectomies	caudales
- GROSDIDIER	2	"	41	"	de gauche à droite
- MERCADIER	2	"	43	"	distales
- LEGER	5	"	84	"	gauches
- DOUTRE	1	"	11	"	gauches
- WARREN	4	"	73	"	distales
- MALLET-GUY	11	"	76	"	gauches
- VIARD	0	"	11	"	gauches

D. COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

Elles sont par contre plus importantes : Trois malades ont eu des suites troublées par un abcès sous-phrénique gauche :

- OBSERVATION N°16, M. GA ..., 52 ans.

Pancréatite chronique évoluant depuis douze ans, au cours desquels un pseudo-kyste pancréatique subit un drainage externe. Hématémèse inaugurale en 1960 ; une spléno-portographie montre alors l'absence d'opacification de la veine splénique. D'hématémèse en hématémèse le malade arrive dans notre service en 1967. Le transit oeso-gastrique montre des varices oesophagiennes, confirmées par une nouvelle spléno-portographie. A l'intervention, en mai 1967, on trouve des stigmates d'hypertension portale segmentaire avec une splénomégalie et une pancréatite chronique occupant toute la glande. Une spléno-pancréatectomie gauche est réalisée, avec section du pancréas au niveau de l'isthme, Wirsungographie montrant de bons passages duodénaux et suture de la tranche de section pancréatique.

Les suites opératoires sont troublées par un abcès sous-phrénique gauche, dont l'évacuation est suivie d'un écoulement prolongé, vraisemblablement pancréatique bien que les amylases n'y aient pas été dosées. Néanmoins, tout rentre dans l'ordre, le malade quitte le service au cinquante-cinquième jour, cicatrisé, ne souffrant plus, et reprend son activité au quatrième mois.

- OBSERVATION N°18, M. GO ..., 36 ans.

Pancréatite chronique révélée par une sténose de l'angle colique gauche.

A l'intervention en avril 1973, on trouve une pancréatite diffuse avec deux pseudo-kystes, un dans la tête, l'autre dans la queue de la glande. Une spléno-pancréatectomie gauche est réalisée, sans Wirsungographie per-opératoire, et la tranche de section pancréatique est suturée.

Les suites opératoires sont troublées par un abcès sous-phrénique lentement évacué par le drain laissé longtemps dans la loge splénique. Un dosage enzymatique confirme d'ailleurs la participation d'une fistule pancréatique qui finit par se tarir, et le malade peut quitter le service, cicatrisé au vingt-huitième jour.

- OBSERVATION N°19, M. PO ..., 46 ans.

Pancréatite chronique évoluant depuis huit ans, émaillée d'un épanchement pleural gauche guéri médicalement.

A l'intervention en octobre 1973, on trouve un bloc de sclérose corporéo-caudale, accompagné de signes modérés d'hypertension portale segmentaire. Une splénо-pancréatectomie gauche est réalisée avec section du pancréas au niveau de l'isthme, Wirsungographie montrant un canal de Wirsung fin, et de bons passages duodénaux, et suture de la tranche de section pancréatique.

Les suites opératoires sont troublées par un abcès sous-phrénique, drainé au vingt-huitième jour par voie sous-costale. Les suites de cette ré-intervention sont troublées par une fistule colique gauche, tarie par l'irrigation-drainage, mais le malade quitte le service cicatrisé au cinquantième jour.

Cette fréquence des abcès sous-phréniques gauches se retrouve dans toutes les statistiques, mais paraît très importante dans la nôtre :

- WARREN	8 fistules pancréatiques dont 1 décès sur 73	
- GROSDIDIER	2 abcès sous-phréniques 6 fistules pancréatiques	tous guéris sur 41
- MALLET-GUY	2 abcès sous-phréniques entrainant le décès 11 fistules bénignes	sur 76
- VIARD	3 abcès sous-phréniques sur 11	

Si dans un cas l'absence de contrôle de la perméabilité du canal de Wirsung proximal peut être mise en cause, les deux autres malades ont eu une Wirsungographie descendante per-opératoire montrant un canal de Wirsung fin, et de bons passages duodénaux. Compte tenu de la gravité de ces complications, il semble que l'anastomose pancréatico-jéjunale sur anse en Y, à la manière de DU VAL, ne soit pas toujours inutile comme le pense MALLET-GUY (schéma n°10). Il est certain en tout cas qu'une radiographie, ou mieux une radiomanométrie descendante du canal de Wirsung, s'impose avant de décider de suturer la tranche de section pancréatique.

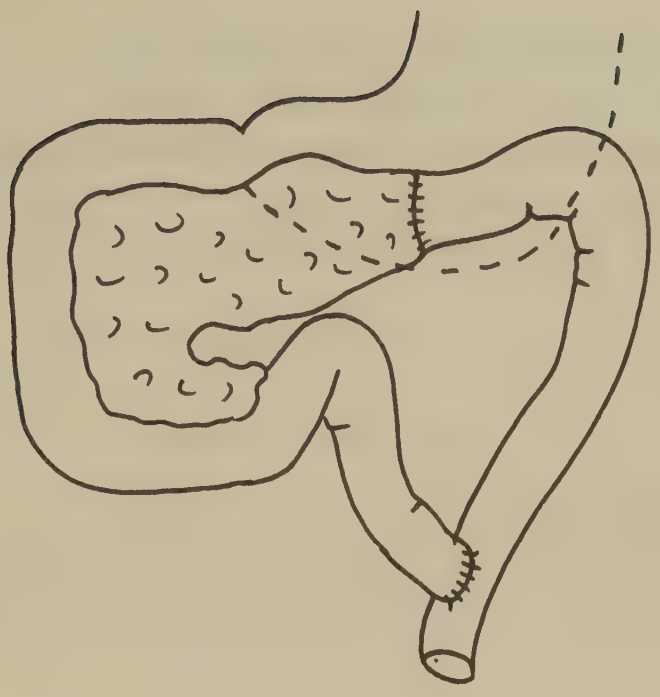


Schéma n° 10
SPLENO-PANCREATECTOMIE GAUCHE SUIVIE
D'ANASTOMOSE PANCREATICO-JEJUNALE SUR ANSE EN Y
Selon DU VAL

Hormis ces trois cas, aucune autre complication chirurgicale n'a été à déplorer, les deux abcès de paroi notés étant associés à un abcès sous-phrénique.

La durée moyenne de séjour post-opératoire, pour huit malades chez qui elle est connue avec précision, est de vingt-trois jours, avec des extrêmes de treize à cinquante-cinq jours.

Elle est donc plus courte que pour les exérèses duodéno-céphaliques.

E. DECES SECONDAIRES

Nous avons eu connaissance de trois décès secondaires :

. Deux sont survenus deux ans après l'intervention, de cause inconnue :

- Un malade avait alors un bon résultat,
- l'autre avait présenté un ulcère peptique sur une gastro-jéjunostomie consécutive à une duodéno-pancréatectomie céphalique réalisée dans un autre service deux ans auparavant. Une vagotomie avait guéri cette complication, et le résultat était satisfaisant.

. Le troisième est directement lié à l'intervention :

- *OBSERVATION N°16 (suite)*

Seize mois après une spléno-pancréatectomie gauche compliquée d'un abcès sous-phrénique, persistance d'un écoulement par la cicatrice Une fistulographie confirme la récidive de l'abcès sous-phrénique qui est drainé par voie sous-costale. Les suites de cette ré-intervention sont troublées par une occlusion du grêle qui entraine le décès au neuvième jour.

F. LES RESULTATS A LONG TERME

1. Les chiffres

Trois malades ont été perdus de vue. Les cinq malades restants ont un recul moyen faible, d'un an et neuf mois, qui ne permet pas de juger les résultats.

- Trois ne souffrent plus, ont repris du poids et travaillent normalement.

- L'un qui présentait une pancréatite chronique diffuse avec une hypertension portale segmentaire considérable, avait subi, avec la spléno-pancréatectomie gauche, une cholécysto-duodénostomie : il présente toujours quelques douleurs, difficiles à séparer de ses crises d'angiocholite, et il a confié son exploitation agricole à son fils, ce qui lui permet de poursuivre tranquillement son intoxication éthylique.

- Le dernier avait un bon résultat lorsque sa tuberculose pulmonaire a récidivé, nécessitant une pleurectomie. A son retour à son domicile, il a reçu un coup de fusil de chasse dans l'abdomen, responsable de plaies du grêle et du sigmoïde : dès lors, les résultats de l'intervention pour pancréatite chronique deviennent difficilement interprétables.

En fait, neuf de ces interventions ont été réalisées pour traiter une complication : hypertension portale segmentaire ou pseudo-kyste de la queue du pancréas responsables d'hémorragies, d'épanchements pleuraux ou d'une sténose du colon gauche : elles y ont parfaitement réussi.

2. Influence sur la glyco-régulation

Un malade diabétique équilibré par le régime et les sulfamides hypoglycémiants a dû, après l'intervention, avoir recours à l'Insuline, ce qui traduit manifestement une aggravation.

Deux malades ont vu apparaître un diabète immédiatement après l'intervention, diabète nécessitant l'utilisation de l'Insuline. Il faut noter que ces deux malades avaient une courbe d'hyperglycémie provoquée pathologique (diabète latent de type I de VACHON) et que l'un deux a subi une pancréatectomie gauche très élargie.

Nous manquons de données précises concernant le métabolisme glucidique post-opératoire de la plupart des autres malades, mais ces quelques données confirment l'influence péjorative des pancréatectomies gauches sur la glycorégulation.

- WARREN 19% de diabètes après pancréatectomie distale
- LEGER 23 diabètes apparus après 84 pancréatectomies gauches.

Notre petit nombre de cas ne nous permet pas de tirer des conclusions sur le rôle respectif de la lithiase pancréatique et de la chirurgie dans la constitution de ces diabètes, pas plus que sur l'efficacité ou la nocivité des sulfamides antidiabétiques (MALLET-GUY, LEGER).

KYSTO-JEJUNOSTOMIES

Numéro observation	21	24	25	26	32	34
Age	38 ans	37 ans	33 ans	60 ans	27 ans	43 ans
Antécédents	ulcère		pancréatite aigüe			ulcère
Clinique						
Douleurs	++	latence	++	++	—	++
Amaigriss.t	7 kilos	6 kilos	7 kilos	—	—	—
Complications	—	—	ictère	hémorragies	épanchement pleural gauche	vomissements
Examen	normal	P.K.gauche	—	—	—	—
Radios simples	pas de calcifications	calcifications diffuses	calcifications céphaliques	calcifications diffuses	pas de calcifications	pas de calcifications
estomac	—	refoulé	—	refoulé	—	sténose duodénale
artériographie	images P.C	—	artère hépatique anormale	hémorragie intrakystique		
	P.K. isthme	P.K. queue		P.K. tête-isthme HTPS		
Interventions						
Pancréas	T.tumorale	T. tumorale	—	—	T. tumorale	—
P.K.						
Nombre	unique	unique	double	double	unique	unique
Siège	tête	queue	tête-queue	tête-corps	queue	tête
Volume	100 cc	1500 cc	—	1500 cc	1500 cc	—
Kystographie	communication	communication incertaine	non communiquant	—	—	—
geste réalisé	kysto-jejunostomie	kysto-jejunostomie	double kysto-jejunostomie	kysto-jejunostomie	kysto-jejunostomie	kysto-jejunostomi
gestes associés			splenectomie hépatico-jejunostomie	splenectomie		gastro-entero anastomose
suites	simples	simples	simples	simples	simples	simples
Résultats						
Délais	Perdu de vue	2 ans 7 mois	1 an 4 mois	1 an 4 mois	bon à 3 ans	bon à 3 ans
Résultat		bon	bon	bon		
Morbidité		diabète insuline	H G P pré-diabétique	éventration	perdu de vue	perdu de vue

III. LES ANASTOMOSES KYSTO-DIGESTIVES

A. RAPPEL HISTORIQUE

Le premier drainage interne d'un pseudo-kyste du pancréas fut réalisé par OMBREDANNE en 1911 anastomosant un pseudo-kyste au duodénum (cité par J. CINQUALBRE, thèse Strasbourg 1974). Et c'est KONIG qui en 1946, préconisa la kysto-jéjunostomie sur anse en Y selon ROUX.

B. NOTE TECHNIQUE

Nous avons utilisé cette technique huit fois chez sept malades l'un deux présentant deux pseudo-kystes de la tête et de la queue du pancréas.

L'avantage essentiel du drainage interne par comparaison avec le drainage externe est l'absence de risque de fistule pancréatique secondaire. Les avantages de la kysto-jéjunostomie sur anse en Y sont qu'elle est applicable à presque toutes les localisations des pseudo-kystes, qu'elle est déclive, et qu'elle permet facilement la réalisation de gestes associés.

Sur le plan technique, après exploration manuelle et radiologique du pancréas, incluant une kystographie, on sectionne la première anse jéjunale à vingt centimètres environ de l'angle de TREITZ. Cette anse est passée à travers une brèche avasculaire du mésocolon transverse et anastomosée à la partie déclive du pseudo-kyste en termino-latéral, en un plan de fil non résorbable. Une anastomose jéjuno-jéjunale est ensuite réalisée à quarante centimètres au moins de l'extrémité de l'anse exclue, dans le but de prévenir le reflux du contenu intestinal dans la cavité kystique. Enfin, on amarre l'anse en Y à la paroi du kyste et on referme autour d'elle la brèche mésocolique (schéma n°11).

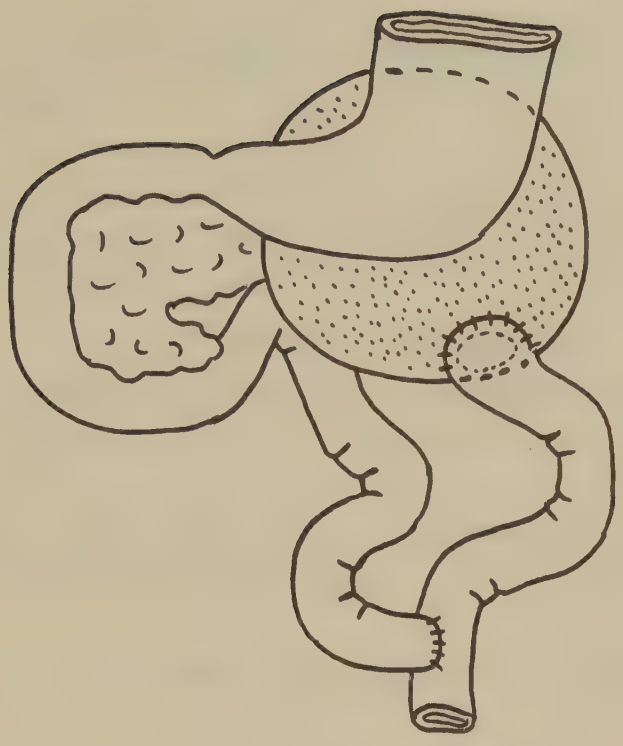


Schéma n° 11
KYSTO-JEJUNOSTOMIE SUR ANSE EN Y

Nous avons donc réalisé huit kysto-jéjunostomies sur anse en Y selon ROUX. Le tableau n°5 résume ces observations (un cas associé à une spléno-pancréatectomie gauche a été étudié dans ce chapitre : observation n°17).

Cliniquement, il existait un tableau typique de pancréatite chronique dans trois cas, trois autres étant révélés par une complication (hémorragie, sténose duodénale ou épanchement pleural). Le pseudo-kyste était palpable dans cinq cas, révélé par le bilan radiologique dans un cas, découvert à l'intervention dans le dernier. Des calcifications pancréatiques existaient avec certitude dans quatre cas.

Anatomiquement, trois pseudo-kystes étaient extraparenchymateux, contenant 1500 centimètres cubes de liquide, les cinq autres étaient intra-pancréatiques, céphaliques quatre fois, l'un deux étant associé à une localisation caudale. Il existait quatre fois une hypertension portale segmentaire, le plus souvent majeure.

Un certain nombre de gestes associés ont été réalisés chez quatre malades :

- Une spléno-pancréatectomie gauche et une cholécysto-duodénostomie (observation n°17, déjà étudiée plus haut).

- Une gastro-entéro-anastomose chez un malade porteur d'un pseudo-kyste céphalique sténosant le duodénum, de peur que l'affaissement du pseudo-kyste ne suffise pas à libérer l'axe digestif (observation n° 34).

- Une splénectomie, une cholécystectomie et une hépatico-jéjunostomie (observation n°25).

- Une splénectomie secondaire (observation n°26).

Ces deux dernières observations, posant de difficiles problèmes thérapeutiques, méritent qu'on s'y arrête.

- OBSERVATION N°25, M. SA ..., 33 ans, éthylique chronique, aux antécédents de pancréatite aigüe.

Depuis cinq ans, existent des crises douloureuses typiques, déclenchées par l'ingestion d'alcool, et le malade a perdu sept kilos. Un ictère par rétention a cédé au traitement médical, mais récidive quelques mois plus tard.

Le bilan radiographique montre des calcifications, et un élargissement du cadre duodénal. L'artériographie met en évidence une image d'encorbellement au niveau de la tête, évoquant un pseudo-kyste et révèle que l'artère hépatique droite naît de la mésentérique supérieure. Il existe une splénomégalie et pas d'opacification de la veine splénique au temps de retour veineux.

L'intervention en novembre 1972, constate l'hypertension portale segmentaire et une importante dilatation des voies biliaires et trouve deux pseudo-kystes du pancréas, un dans la tête, l'autre dans la queue de la glande ; aucun ne communique avec le canal de Wirsung.

Compte tenu du caractère très diffus des lésions et des particularités anatomiques, on renonce à tout geste d'exérèse et on réalise successivement :

- une splénectomie,
- une cholécystectomie suivie d'une hépatico-jéjunostomie sur anse en Y, une double kysto-jéjunostomie sur la même anse en Y, dérivant d'abord le pseudo-kyste de la queue, puis celui de la tête (schéma n°12).

Les suites opératoires sont parfaitement simples. Deux ans et cinq mois plus tard, le résultat est excellent.

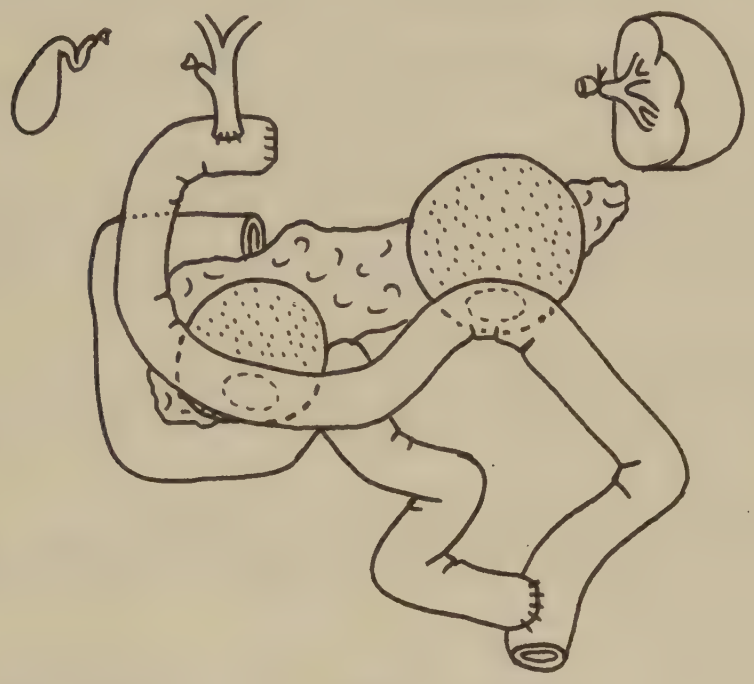


Schéma n° 12

HEPATICO-JEJUNOSTOMIE ET DOUBLE KYSTO-JEJUNOSTOMIE SUR ANSE EN Y ASSOCIEES A UNE SPLENECTOMIE ET UNE CHOLECYSTECTOMIE

(Observation n° 25)

- OBSERVATION N°26 : M. RO ..., 60 ans, éthylique chronique, et gros fumeur, porteur d'une pancréatite chronique douloureuse et calcifiante, révélée quatre ans auparavant par un tableau d'épanchement pleural et péricardique.

Il nous est confié pour des hématémèses responsables d'une anémie avec 2,4 millions de globules rouges. Cliniquement, il existe une volumineuse masse épigastrique.

Le bilan radiologique montre des calcifications diffuses, un bas cholédoque rétréci et étiré, des varices oesophagiennes et un refoulement en avant de l'estomac. L'artériographie confirme l'existence d'un pseudo-kyste de l'isthme et montre une hémorragie intra-kystique venant de l'artère gastro-duodénale. Il existe une grosse rate, et la veine splénique n'est pas opacifiée au temps de retour veineux, qui montre d'importantes varices oesophagiennes.

L'intervention en décembre 1973, trouve une hypertension portale segmentaire considérable accompagnée d'ascite et un volumineux pseudo-kyste du corps du pancréas. La ponction ramène 1500 centimètres cubes de liquide brunâtre, la kystographie n'est pas faite.

On réalise une kysto-jéjunostomie sur anse en Y qui entraine l'affaissement des veines épiploïques dilatées.

Malheureusement les hémorragies persistent : une nouvelle artériographie confirme son origine gastro-duodénale, un essai d'embolisation échoue. Une splénо-portographie montre la reconstitution de l'hypertension portale segmentaire, avec pression intra-splénique égale à cinquante-six centimètres d'eau.

On réintervient à la cinquième semaine pour réaliser une splénectomie difficile, les remaniements considérables de la région pancréatique empêchent de trouver, pour la lier, l'artère gastro-duodénale.

Néanmoins, les suites opératoires sont simples, et les hémorragies finissent par se tarir. Revu dix-huit mois plus tard, le malade n'a pas présenté de nouvelle hémorragie.

C. LES RESULTATS

Ils sont bons dans l'ensemble :

- La mortalité opératoire est nulle, ce qui confirme le caractère bénin de cette intervention.

- La morbidité est très faible, nous n'avons observé qu'un seul abcès de paroi, guéri par les soins locaux et une éventration chez un malade opéré deux fois. En particulier, nous n'avons pas observé de fistule ou de récidive du pseudo-kyste, ni de complication infectieuse ou hémorragique pouvant traduire le non-comblement de la cavité kystique (ADLOFF).

Parmi les malades n'ayant subi qu'une kysto-jéjunostomie (à l'exclusion donc de celle associée à une spléno-pancréatectomie gauche), deux ont vu apparaître des troubles de la glycorégulation sous la forme d'une courbe d'hyperglycémie provoquée pathologique.

- L'étude des résultats à court terme montre que tous les malades ont vu disparaître les complications de leur pseudo-kyste.

- A long terme, trois malades ont été revus récemment, avec un bon résultat dans les trois cas, disparition des douleurs, reprise de poids, activité normale.

Peut-on en conclure que le traitement des pseudo-kystes améliore la pancréatite chronique causale, ou bien que tous les signes cliniques étaient dûs au pseudo-kyste, et à lui seul ?

IV. LES INTERVENTIONS DIVERSES

Un certain nombre d'interventions ont été réalisées chez cinq malades porteurs d'une pancréatite chronique compliquée. Nous allons rapporter ces observations en exposant les raisons qui nous ont conduit à pratiquer ces gestes restreints.

A. SPHINCTEROPLASTIE AVEC DRAINAGE DU CANAL DE WIRSUNG

- OBSERVATION N°30, M. DE ..., 45 ans, drainage externe d'un pseudo-kyste l'année précédente ; tableau typique de pancréatite chronique avec douleurs et amaigrissement de quinze kilos, fistule pancréatique et diabète modéré équilibré par le simple régime.

L'intervention trouve un pancréas dur dans son ensemble, une voie biliaire principale fine. On réalise une cholécystectomie et une sphinctéroplastie avec drainage du canal de Wirsung.

Les suites opératoires sont simples, les douleurs sont améliorées mais le diabète devient insulino-dépendant.

Huit ans plus tard, une sténose du pylore oblige à pratiquer une gastro-entéro-anastomose associée à une splanchnicectomie gauche. Trois ans plus tard, un ulcère peptique vérifié radiologiquement est traité médicalement.

Depuis, ce malade a été perdu de vue.

Une autre sphinctéroplastie a été réalisée pour une lithiase du canal de Wirsung, associée à une spléno-pancréatectomie gauche : nous l'avons étudiée dans ce chapitre (observation n°35).

La sphinctérotomie a été proposée par DOUBILET et MULHOLLAND dans le but d'éviter un reflux biliaire dans le canal de Wirsung, et de faciliter l'écoulement du suc pancréatique. La sphinctéroplastie cherche à éviter la constitution d'une cicatrice scléreuse encore plus rétractée que l'était le sphincter d'ODDI, et à supprimer le rôle obstructif de la contracture des fibres musculaires du duodénum (JONES et J. SMITH). Le drainage trans-sphinctérien du canal de Wirsung (LEGER, DOUBILET) calibre une éventuelle sténose du canal et facilite le drainage de sa partie distale.

Ces interventions, qui ont connu une grande vogue, ont presque disparu de l'arsenal chirurgical destiné à traiter les pancréatites chroniques, remplacées par les Wirsungo-jéjunostomies. Nous avons associé une sphinctéroplastie à un drainage du canal de Wirsung au début de notre expérience ; il est probable qu'actuellement nous réaliserions une exérèse.

B. DERIVATIONS BILIAIRES

Nous en avons réalisé trois fois pour traiter des complications biliaires des pancréatites chroniques, au premier plan de la scène clinique : un ictère rétentionnel, et deux angiocholites.

- OBSERVATION N°20, M. BO ..., 74 ans, éthylique chronique, qui a subi une gastrectomie et une cholécystectomie de nombreuses années auparavant, présente depuis un an des douleurs épigastriques avec vomissements, amaigrissement de quatre kilos, et depuis trois semaines un ictère franc et pur.

Cliniquement, il existe un gros foie de stase confirmé par la laparoscopie.

Le bilan radiologique ne montre ni calcifications pancréatiques, ni récidive ulcéreuse.

L'intervention trouve un pancréas scléreux dans son ensemble et un cholédoque épaissi, de quinze millimètres de diamètre.

La radiomanométrie per-opératoire confirme l'absence de lithiase cholédocienne, et montre un rétrécissement rétro-pancréatique très serré.

Compte tenu de l'âge du malade, et de ses antécédents de gastrectomie, on se contente de réaliser une cholédoco-duodénostomie latéro-latérale. Les suites opératoires sont simples, l'ictère disparaît.

Malheureusement, le malade a été perdu de vue et nous ne connaissons pas l'évolution de sa maladie pancréatique.

- OBSERVATION N°22, Mme CH ..., 60 ans, non éthylique, présente depuis deux ans de fréquentes crises d'angiocholite.

Le bilan radiologique ne montre pas de calcification de l'aire pancréatique, la vésicule est exclue, la voie biliaire principale très dilatée.

L'intervention trouve une vésicule lithiasique, un cholédoque dilaté et un nodule scléreux de la tête du pancréas au voisinage de la papille.

La radiomanométrie per-opératoire confirme l'absence de lithiase de la voie biliaire principale et la sténose de la papille avec reflux du produit de contraste dans un canal de Wirsung dilaté.

On réalise une cholécystectomie et une cholédoco-duodénostomie latéro-latérale, auxquelles on associe la cure d'une hernie hiatale.

Les suites opératoires sont parfaitement simples, hormis un petit abcès de paroi, et trois ans plus tard, la malade ne présente plus aucun trouble.

- OBSERVATION N°27, M. GA ..., éthylique modéré, chez qui a été découverte huit ans auparavant une pancréatite chronique calcifiante traitée par pancréatectomie gauche et pancréatico-jéjunostomie à la manière de DU VAL.

Il nous est confié en raison de la répétition, depuis un an, de crises d'angiocholite, en rapport avec une sténose très serrée du cholédoque rétro-pancréatique.

On réalise une cholécystectomie et une hépatico-jéjunostomie latéro-latérale sur une seconde anse en Y (schéma n° 13)

Les suites opératoires sont simples, et le malade reprend son activité cinquante jours plus tard, allant bien.

Schéma n° 13

HEPATICO-JEJUNOSTOMIE SUR UNE SECONDE ANSE EN Y APRES UNE PANCREATICO-JEJUNOSTOMIE SELON DU VAL

(Observation n° 27)

Les dérivations biliaires internes ont été depuis longtemps proposées pour traiter les pancréatites chroniques présumées secondaires. En fait, dans ces trois cas, la pancréatite chronique apparaît bien comme primitive, la dilatation des voies biliaires étant dûe à la compression de leur segment rétro-pancréatique (SARLES et MERCADIER).

Dans nos trois cas, le retentissement biliaire domine la scène clinique et son traitement par dérivation bilio-digestive est logique. Notons qu'il est possible que certains cancers de la tête du pancréas responsables d'ictère et traités par dérivation bilio-digestive avec des résultats paradoxalement bons soient en fait des pancréatites chroniques : nous n'avons pas fait de recherches en ce sens.

C. DERIVATION DIGESTIVE

Nous avons réalisé une seule gastro-jéjunostomie isolée dans le cadre d'une pancréatite chronique.

- OBSERVATION N°23, M. BO ..., 47 ans, boit quatre litres de vin par jour. Il est hospitalisé pour des vomissements très abondants responsables d'un amaigrissement de quinze kilos en trois mois.

Cliniquement, il existe une tuméfaction épigastrique douloureuse.

Le bilan radiologique ne montre pas de calcification, mais une compression de l'antre gastrique avec stase, et des varices oesophagiennes.

L'artériographie coelio-mésentérique montre des signes discrets de pancréatite chronique au temps artériel et une hypertension portale segmentaire considérable avec absence d'opacification de la veine splénique et très importante circulation collatérale de suppléance.

L'intervention confirme cette hypertension portale, et trouve une tête du pancréas hypertrophique et très dure, adhérant aux organes de voisinage.

Les ponctions trans-parenchymateuses ne mettent pas en évidence de cavité kystique ; compte tenu de la néo-vascularisation considérable, on se contente de réaliser une gastro-entéro-anastomose latéro-latérale trans-mésocolique.

Les suites opératoires sont troublées par un écoulement purulent, riche en amylases, puis tout rentre dans l'ordre.

Revu trois ans plus tard, le malade a repris vingt kilos et ne présente plus de trouble digestif. L'apparition d'un diabète traduit bien la poursuite de l'atteinte pancréatique.

Là encore, si la gastro-entéro-anastomose a pu être proposée dans un but pathogénique (réduction de la secrétion pancréatique par diminution de la formation de secrétine en excluant le duodénum), nous l'avons réalisée ici pour pallier une complication mécanique de la pancréatite chronique.

Au total, ces interventions diverses ont eu au moins un effet favorable sur la symptomatologie clinique et semblent avoir amélioré la maladie pancréatique.

Interventions principales		Interventions Associées	Duodéno pancréatectomies	Spleno pancréatectomies	Kysto jéjunostomies	Anastomoses bilio-digestives	Gastro-entero anastomoses	Sphincteroplasties	Splenectomies
Nombre	Type								
13	Duodéno pancréatectomies			1					
11	Spléno pancréatectomies		1		1	2		1	
6	Kysto jéjunostomies			1	1 double	1	1		2
3	Anastomoses bilio-digestives			2	1				
1	Gastro-entero anastomoses				1				
1	Sphinctéroplasties			1					

Tableau n° 6

TABLEAU SYNOPTIQUE MONTRANT LES DIVERSES INTERVENTIONS ASSOCIEES

Commentaires

Le premier fait marquant concerne les indications du traitement chirurgical.

Sur trente-cinq dossiers étudiés, vingt-trois malades nous ont été confiés en raison de complications de leur pancréatite chronique.

Il s'agissait, par ordre de fréquence décroissante, de complications biliaires dans huit cas, d'hémorragies dans six cas, de sténose digestive dans cinq cas, d'épanchement séreux dans cinq cas également, d'un pseudo-kyste isolé dans deux cas, certains malades présentant plusieurs complications associées.

Seuls douze malades ont été amenés à la chirurgie par la sévérité de leur maladie : encore ce chiffre mérite t-il quelques restrictions, car parmi ces douze malades, quatre avaient présenté des complications antérieures qui ont pesé dans la décision opératoire.

I. PANCREATITES CHRONIQUES NON COMPLIQUEES

Cliniquement, la douleur est l'élément constant, souvent majeure, rebelle au traitement médical, conduisant parfois à la toxicomanie, l'amaigrissement est souvent considérable, réalisant parfois une véritable cachexie, l'atteinte de l'état général est très fréquente également.

Des calcifications pancréatiques sont retrouvées dans les deux tiers des cas, ce qui correspond à la distribution globale.

Le retentissement de la maladie pancréatique sur les organes de voisinage est considérable, ce qui confirme le caractère très évolué de l'affection : c'est ainsi que la voie biliaire principale est dilatée dans plus de la moitié des cas, une sténose digestive asymptomatique est mise en évidence dans un cas par les radiographies une hypertension portale segmentaire existe cinq fois.

Les lésions pancréatiques sont à prédominance céphalique dans sept cas, corporéo-caudale dans deux cas, diffuses dans les trois derniers.

L'intervention réalisée a été neuf fois une duodéno-pancréatectomie céphalique, et si nous avons fait une fois une sphinctéroplastie avec drainage du canal de Wirsung, c'était au début de notre expérience, et il est probable que quelques années plus tard, nous aurions également réalisé une exérèse céphalique. Nous avons choisi cette intervention en raison de la prédominance des lésions céphaliques, bien sûr, mais aussi parce qu'elle traite simultanément la compression des organes voisins, voie biliaire et tube digestif (GUILLEMIN).

Dans les deux autres cas a été réalisée une splénopancréatectomie gauche, parce qu'il existait des lésions essentiellement corporéo-caudales s'accompagnant de signes majeurs d'hypertension portale segmentaire.

Les résultats ne sont pas très encourageants : c'est en effet parmi ces douze malades que se trouvent les deux décès post-opératoires précoces, et les deux décès secondaires des duodéno-pancréatectomies céphaliques. A distance, trois malades ont été perdus de vue, quatre ont un bon résultat, le dernier a un mauvais résultat.

Ce fait nous semble dû à la trop longue évolution de la maladie pancréatique avant la décision opératoire qui n'est souvent prise que lorsque les malades fatigués et cachectiques ne peuvent plus faire les frais d'une chirurgie lourde.

II. PANCREATITES CHRONIQUES COMPLIQUEES

En ce qui les concerne, envisageons successivement chaque type de complications :

A. LES COMPLICATIONS BILIAIRES

Ce sont les plus fréquentes, nous l'avons dit, surtout si nous y incluons les complications purement anatomiques, sans traduction clinique : au total un cas sur deux présente des signes de retentissement biliaire. La cause en est un processus pancréatique céphalique, sclérose ou pseudo-kyste. Son existence est pour GUILLEMIN à la fois un argument pour poser l'indication opératoire, et un élément favorable de pronostic, la dilatation des voies biliaires diminuant le risque de sténose secondaire des anastomoses bilio-digestives.

Nous avons réalisé :

- Trois duodéno-pancréatectomies céphaliques, car il s'agissait de lésions prédominant dans la tête de la glande, incluant un pseudo-kyste dans les trois cas.

- Quatre anastomoses bilio-digestives nous ont paru une excellente solution lorsque l'exérèse était contre-indiquée par l'étendue des lésions ou certaines particularités anatomiques.

- Une sphinctéroplastie a permis de traiter simultanément la lithiase du canal de Wirsung dans une observation ancienne : actuellement, nous ferions une double dérivation.

Au total, aucun ictère n'a récidivé après l'intervention.

B. LES STENOSES DIGESTIVES

Elles sont également plus fréquentes que pourrait le faire penser l'étude clinique, un cas de sténose du deuxième duodénum étant une découverte radiologique. Les lésions pancréatiques responsables étaient une hypertrophie globale de la tête du pancréas dans trois cas, un pseudo-kyste céphalique dans les trois autres. Trois ont bénéficié d'une duodéno-pancréatectomie céphalique en raison d'un important retentissement biliaire associé. Deux pseudo-kystes céphaliques ont été affaissés par une kysto-jéjunostomie. Dans un cas, a été associée une gastro-entéro-anastomose. Enfin, une simple gastro-entéro-anastomose a suffi pour guérir la complication au moindre risque chez un malade porteur d'une hypertension portale segmentaire considérable, rendant toute tentative d'exérèse trop dangereuse. Au total, aucun malade n'a présenté de nouvelle sténose digestive et hormis une stomite responsable d'une hématémèse et guérie médicalement, aucune gastro-jéjunostomie ne s'est compliquée, d'ulcère peptique, par exemple.

C. LES HEMORRAGIES

1. Elles posent beaucoup plus de problèmes

- pathogénique,
- diagnostique,
- thérapeutique.

a) Problème pathogénique tout d'abord, les hémorragies des pancréatites chroniques pouvant avoir plusieurs causes :

- L'hypertension portale segmentaire (LEGER) dont la connaissance est la plus ancienne, et qui serait responsable de trois hémorragies sur quatre (GUNTZ), le mécanisme le plus fréquent de ces hémorragies étant l'érosion de varices oesophagiennes.

Planche A

(1) = HYPERTENSION PORTALE GLOBALE
MISE EN EVIDENCE PAR LA SPLENOPORTOGRAPHIE
(Observation n° 17)

(2) = CALCIFICATIONS DIFFUSES ET VOLUMINEUX
PSEUDO-KYSTE CORPOREAL REFOULANT L'ESTOMAC
(Observation n° 26)

1
2

- Les hémorragies d'origine artérielle, de connaissance beaucoup plus récente sont dûes à l'ulcération d'une artère péri-pancréatique dans la paroi d'un pseudo-kyste, ou à la rupture d'un faux anévrysme d'une artère de voisinage dans un canal ou un pseudo-kyste pancréatique (FORSTER).

- Accessoirement, une hémorragie digestive peut traduire l'altération pariétale d'un viscère creux au contact d'un foyer de pancréatite : estomac, duodénum ou colon.

Ces causes peuvent être diversement associées.

b) Problème diagnostique, qui impose le recours à plusieurs examens pour chercher la cause d'une hémorragie chez un malade porteur d'une pancréatite chronique : gastro-fibroscopie à la recherche de varices ou d'une cause gastro-duodénale du saignement, artériographie coelio-mésentérique, lorsqu'elle est possible, avant toute intervention, pouvant montrer une hémorragie intra-kystique au temps artériel, une hypertension portale segmentaire au temps de retour veineux ; spléno-portographie parfois, si l'artériographie s'avère insuffisante.

c) Problème thérapeutique enfin, car si les indications théoriques sont bien codifiées, les conditions locales conduisent parfois à les nuancer.

2. Notre courte série comporte sept cas d'hémorragies, compliquant la pancréatite chronique.

a) Le premier cas concerne une hémorragie brutale survenue onze mois après une dérivation biliaire, et neuf ans après une spléno-pancréatectomie gauche.

- OBSERVATION N°27, M. GA ..., 46 ans, éthylique modéré.

A trente-huit ans découverte d'une pancréatite chronique calcifiante traitée ailleurs par spléno-pancréatectomie gauche suivie d'anastomose pancréatico-jéjunale sur anse en Y selon DU VAL. Peu après un diabète est mis en évidence. Sept ans plus tard, crises typiques d'angiocholite qu'une cholangiographie rétrograde per-duodénoscopique rattache à une sténose serrée du cholédoque rétro-pancréatique.

L'intervention, en Juin 1974, trouve un pancréas restant scléreux et confirme le rétrécissement cholédocien surmonté par une importante dilatation. On réalise une hépaticojéjunostomie sur une seconde anse en Y, ainsi qu'une cholécystectomie. Les suites opératoires sont parfaitement simples, et le malade reprend ses activités à la septième semaine.

Il est réhospitalisé en urgence onze mois plus tard pour hémorragies digestives cataclysmiques. L'artériographie coelio-mésentérique met en évidence une hémorragie artérielle dans un pseudo-kyste occupant la loge splénique déshabitée. Malheureusement le décès survient en quelques heures, avant toute intervention.

b) Dans les six autres cas, l'hémorragie venant compliquer voire révéler la maladie pancréatique, fit poser l'indication opératoire.

LE MECANISME

a) L'hypertension portale segmentaire était présente dans les six cas : en fait, le retentissement de la pancréatite chronique sur l'axe veineux spléno-portal, qu'il s'agisse d'une compression, le plus souvent, ou d'une thrombose, encore que cette distinction soit bien théorique, nous semble d'autant plus fréquente qu'on met plus de soin à la chercher.

Dans notre expérience, l'hypertension portale segmentaire est mise en évidence par la radiographie (artériographie ou spléno-portographie) dans huit cas sur dix-neuf, où ces examens sont pratiqués. Elle est notée à l'intervention sous la forme de splénomégalie ou de dilatations veineuses dans onze cas sur vingt-et-un où cette précision est mentionnée. Enfin, elle retrouvée histologiquement dans onze cas, sur onze splénectomies, de façon formelle dans neuf cas, sous la forme d'une réticulo-fibrose, plus discutable dans deux cas où on note simplement une congestion sinusale :

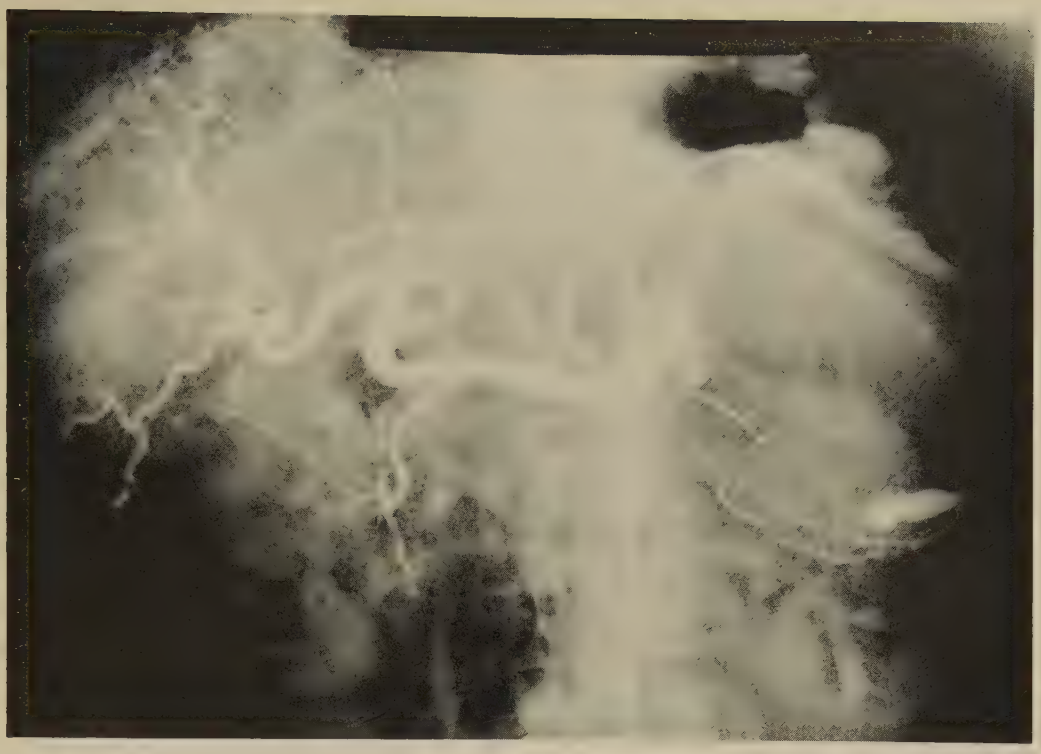


Planche B

HEMORRAGIE INTRA-KYSTIQUE DANS UN PSEUDO-KYSTE DEVELOPPE
APRES UNE SPLENO-PANCREATECTOMIE GAUCHE SUIVIE D'ANASTOMOSE PANCREATICO-JEJUNALE
(Observation n° 27)

(1) = Temps artériel
(2) = Temps parenchymateux

1/2

Ceci constitue pour nous un argument majeur pour la spléno-pancréatectomie gauche de préférence à la pancréatectomie gauche isolée.

Au total, nous relevons des signes cliniques, radiologiques ou anatomiques d'hypertension portale segmentaire chez dix-sept malades sur trente-cinq, ce qui correspond aux données de LEGER (52%).

Mais la compression veineuse peut également siéger au niveau de la veine mésentérique supérieure ou du confluent portal. Nous n'avons jamais réalisé d'iléo-portographie (RIBET) ou d'omento-portographie (CINQUALBRE) per-opératoire pour préciser la nature de l'obstruction spléno-portale.

b) Une hémorragie artérielle intra-kystique a été mise en évidence par l'artériographie dans un cas, (observation n°26), auquel il faut ajouter celle de l'observation n°27, associée à une hypertension portale segmentaire. En fait, pour PARC et MALAFOSSE, cette éventualité est plus fréquente qu'on le croit habituellement, car ils pensent que le contenu brunâtre de certains pseudo-kystes, riche en hémoglobine, traduit une hémorragie intra-kystique ancienne. Désormais nous ferons systématiquement ce dosage.

c) Enfin, dans un cas, des altérations de la paroi de l'angle colique gauche, associées à une hypertension veineuse dans le territoire mésentérique inférieur ont été responsables de diarrhées sanglantes.

LE TRAITEMENT EFFECTUE

Cinq malades ayant présenté des hémorragies ont subi une spléno-pancréatectomie gauche qui les a guéris. Pour le sixième qui associait hypertension portale segmentaire et hémorragie intra-kystique dans la genèse de ses hémorragies, l'indication idéale aurait été une exérèse, mais nous avons dû y renoncer devant l'importance des dilatations veineuses, et réaliser une kysto-jéjunostomie :

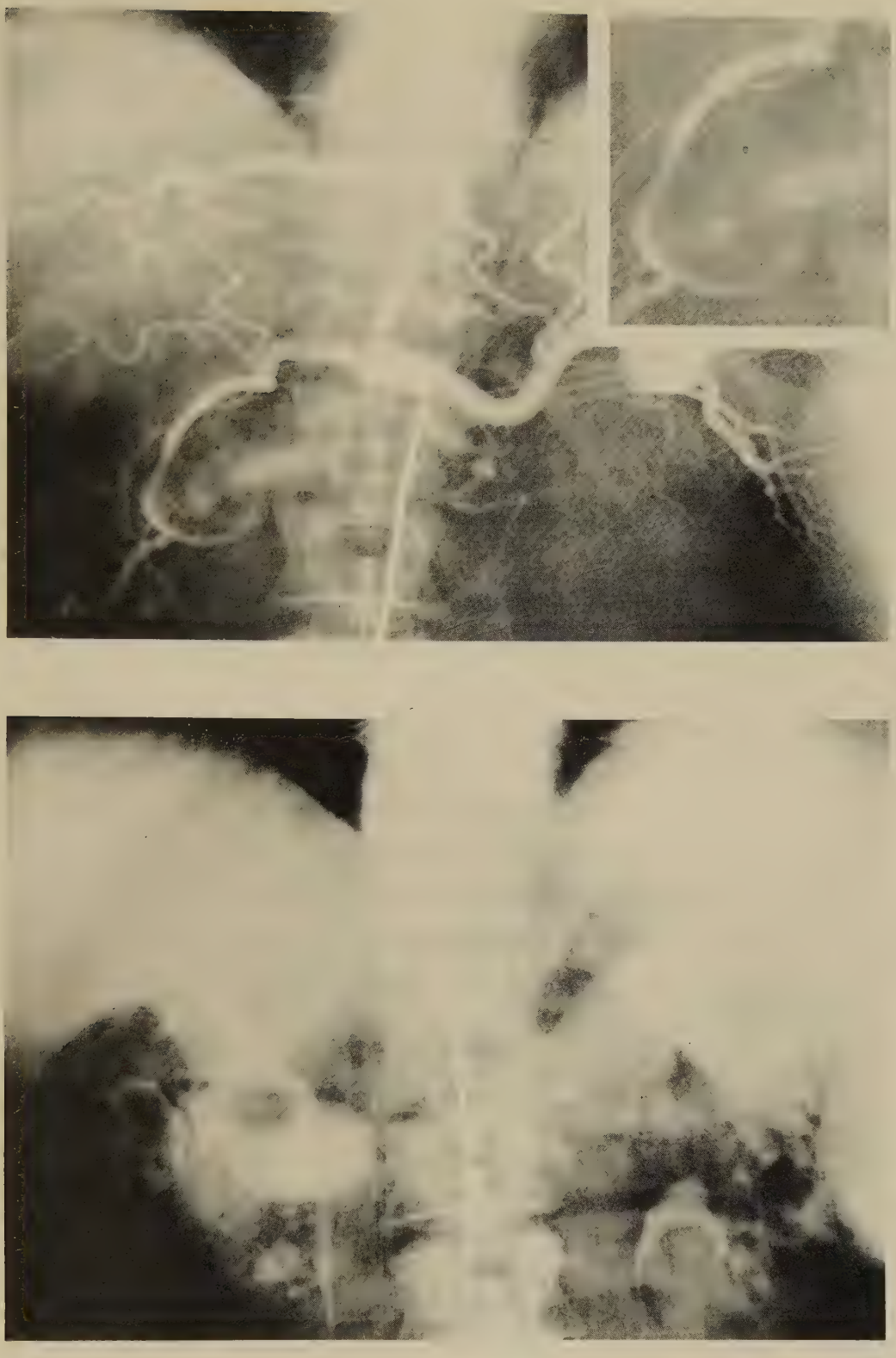


Planche C

HEMORRAGIE INTRA-KYSTIQUE PROVENANT DE L'ARTERE GASTRO-DUODENALE
DANS UN SECOND PSEUDO-KYSTE CEPHALIQUE
(Observation n° 26)

(1) = Temps artériel
(2) = Temps parenchymateux

1/2

La persistance des hémorragies, et la reconstitution rapide de l'hypertension portale segmentaire confirmée par la spléno-portographie ayant fait la preuve de l'insuffisance d'un tel geste, nous avons dû lui adjoindre une splénectomie secondaire (observation n°26).

En effet, le traitement des hémorragies par pancréatite chronique est bien codifié :

- L'hypertension portale segmentaire justifie la spléno-pancréatectomie gauche, qui dans notre expérience a toujours été efficace. Les dérivations veineuses, telles l'anastomose mésentérico-cave proposées par RIBET ne nous ont jamais semblé nécessaires.
- Les hémorragies artérielles intra-kystiques sont justiciables d'une exérèse emportant le pseudo-kyste.

En fait ces indications théoriques méritent d'être nuancées car les conditions locales (caractère diffus des lésions, cavernôme péri-pancréatique) empêchent parfois de réaliser l'exérèse projetée ; c'est dans ces cas que l'hémostase directe par aiguillage ou l'embolisation élective au cours de l'artériographie peuvent rendre certains services.

- Les lésions pariétales des viscères de voisinage guérissent avec le traitement de la pancréatite responsable sans qu'un geste spécifique soit nécessaire.

D. LES EPANCHEMENTS PLEURAUX

Ils ont été observés dans six cas. Trois fois il s'agissait d'un phénomène précessif, traité médicalement et qui n'a pas récidivé après le traitement de la maladie pancréatique. Dans les trois autres cas le caractère persistant et récidivant de l'épanchement fit poser l'indication opératoire.

Les lésions pancréatiques correspondantes étaient toujours des pseudo-kystes, quatre développés dans la queue du pancréas, un au niveau de l'isthme, et un dans la tête de la glande.

Trois fois il s'agissait de volumineux pseudo-kystes extra-parenchymateux et dans un cas nous avons pu mettre en évidence un prolongement médiastinal à travers le hiatus oesophagien. C'est la raison pour laquelle, actuellement, nous avons plus tendance à rattacher ces épanchements pleuraux à une migration trans-diaphragmique (FORSTER, CINQUALBRE), qu'à un apport enzymatique par voie lymphatique (VIARD, DAVID).

Le traitement fut quatre fois une spléno-pancréatectomie gauche, deux fois une kysto-jéjunostomie, le but principal de ce traitement étant la suppression du pseudo-kyste responsable.

Nous n'avons pas observé de récidive de ces épanchements pleuraux après le traitement de leur cause pancréatique. Par contre, nous avons vu apparaître un épanchement pleural bilatéral dix-huit mois après une duodéno-pancréatectomie céphalique (observation n°8).

E. LES PSEUDO-KYSTES

Nous avons rencontré vingt fois, un ou plusieurs pseudo-kystes parmi nos trente-cinq malades.

Les signes cliniques révélateurs sont rarement séparables des symptômes de la pancréatite chronique causale : douleur et amaigrissement sont pratiquement constants, mais les complications sont beaucoup plus fréquentes : sténoses pyloro-duodénales, ictères, et surtout épanchements pleuraux. Dans deux cas seulement, le pseudo-kyste non compliqué était au premier plan de la scène clinique.

Le traitement de ces pseudo-kystes fut huit fois une duodéno-pancréatectomie céphalique, sept fois une spléno-pancréatectomie gauche, huit fois une kysto-jéjunostomie sur anse en Y, parfois associées entre elles ou à des gestes complémentaires.

Planche D

PSEUDO-KYSTE CORPOREAL EXTRA-PARENCHYMATEUX
AVEC PROLONGEMENT MEDIASTINAL
(Observation n° 28)

(1) = Kystographie per-opératoire

(2) = Mise en évidence de la communication à l'aide d'une bougie de Hégar

(3) = Contrôle post-opératoire par le drain médiastinal

1	2
	3

En effet, nous traitons les pseudo-kystes des pancréatites chroniques par exérèse ou par kysto-jéjunostomie car nous n'utilisons plus le drainage externe, et nous n'avons pas l'expérience des kysto-duodénostomies ou des kysto-gastrostomies. Les interventions d'exérèse ayant l'avantage de traiter dans le même temps la pancréatite chronique causale et ses autres complications éventuelles.

F. LA STENOSE COLIQUE GAUCHE

Enfin, dernière complication très rare, (vingt-et-une observations colligées par RAVEY en 1973) révélée par des diarrhées sanglantes une sténose de l'angle colique gauche en rapport avec un pseudo-kyste caudal, a guéri par une simple spléno-pancréatectomie gauche (observation n°18, publiée par S. BRIET dans "Lyon chirurgical") : on sait en effet qu'il faut autant que possible s'abstenir de tout geste sur le colon dans ce cas (PREMONT).

En conclusion, paradoxalement, la mortalité post-opératoire précoce est nulle dans les formes compliquées, et les résultats à long terme sont plutôt meilleurs que dans les formes non compliquées : il semble que cela soit dû à un délai moins long entre le début de la maladie et le geste chirurgical, la ou les complications faisant poser l'indication opératoire à un stade plus précoce, où les lésions sont encore accessibles à la chirurgie.

Conclusions

Nous avons étudié trente-cinq dossiers de pancréatites chroniques traitées chirurgicalement dans le Service du Professeur VIARD.

L'enquête étiologique confirme la responsabilité presque constante de l'alcoolisme et la fréquence des antécédents d'ulcère et de pancréatite aigüe posant de difficiles problèmes pathogéniques.

L'existence d'un certain nombre d'interventions antérieures pour la maladie pancréatique confirme le caractère malin de son évolution.

Si l'étude clinique est dominée classiquement par les douleurs et l'amaigrissement, nous avons été frappé par la grande fréquence des complications biliaires, des sténoses pyloro-duodénales, des hémorragies, des épanchements séreux et des pseudo-kystes, ce qui confirme le caractère très évolué des cas qui sont confiés aux chirurgiens.

L'examen clinique apporte peu de renseignements.

Dans le bilan biologique, l'exploration de la fonction pancréatique n'a pas une valeur diagnostique, tant les lésions sont souvent évidentes, mais permet de mieux poser les indications et d'évaluer le pronostic.

Le bilan radiologique est dominé par les radiographies sans préparation de l'abdomen, la cholangiographie et le transit gastro-duodénal. L'artériographie coelio-mésentérique a peu de valeur sur le plan diagnostic, mais peut montrer des anomalies artérielles dont la connaissance est importante sur le plan chirurgical, des hémorragies intra-kystiques et des aspects d'hypertension portale segmentaire au temps de retour veineux. Cependant la splénoportographie garde certaines indications.

La cholangio-pancréatographie rétrograde perduodénoscopique doit permettre d'améliorer le diagnostic précoce de la pancréatite chronique et surtout, en ce qui nous concerne, de faciliter les indications pré-opératoires.

Parmi les autres examens, la fibroscopie gastrique a une valeur indiscutable dans les hémorragies au cours des pancréatites chroniques, la scintigraphie pancréatique permet d'apprécier l'activité de la glande plus que ses modifications morphologiques et l'échotomographie est irremplaçable pour le diagnostic et la surveillance des pseudo-kystes pancréatiques.

Le bilan per-opératoire, associant la radiomanométrie des voies biliaires et des canaux pancréatiques, est indispensable pour poser l'indication du geste à réaliser.

Les duodéno-pancréatectomies céphaliques sont des interventions majeures (deux décès sur treize) mais donnent des bons résultats globaux malgré le nombre et la complexité des anastomoses digestives qu'elles nécessitent.

Les spléno-pancréatectomies gauches permettent de traiter les lésions localisées de la partie gauche de la glande, mais surtout les complications hémorragiques et pleurales avec un risque moindre, (aucun décès sur onze cas) mais plus de diabètes secondaires.

Les kysto-jéjunostomies sont une bonne méthode pour drainer les pseudo-kystes extra-parenchymateux, mais ne suffisent pas toujours pour traiter leurs complications.

Un certain nombre d'interventions diverses permettent de traiter une complication qui est au premier plan de la scène clinique ; elles sont parfois les seules réalisables et constituent un geste de sauvetage.

Nous opérons deux fois plus de pancréatites chroniques compliquées que de formes non compliquées. L'étude de chaque groupe permet de définir des indications en fonction du type de complication rencontrée et des lésions anatomiques responsables.

Paradoxalement, les résultats sont meilleurs dans les formes compliquées, certaines formes non compliquées ayant un génie évolutif propre qui fait de la pancréatite chronique théoriquement bénigne une maladie véritablement maligne, justifiant beaucoup d'audaces chirurgicales.

Vu et permis d'imprimer,
Dijon, le 10 Septembre 1975

Le Président de la Thèse
Professeur H. VIARD

Le Doyen
J.B. BOUHEY

Bibliographie

ADLOFF M., LAMPERT M, NOUZHA E., MAITROT D., FORSTER E.

Réinterventions précoces et tardives après chirurgie des pseudo-kystes du pancréas.
A propos de 15 observations.

Chirurgie, 1971, 97, 667-678

BARDENHEIER J.A., QUINTERO O., BARNER H.B.

False anevrysm in a pancreatic pseudocyst.

Ann. Surg., 1970, 172, 53-55

BATISSE R., CHARBORD P.

A propos de 150 scintigraphies pancréatiques. Confrontations radio-cliniques et chirurgicales.

Ann. Méd. interne, 1974, 125, 731-736

BAULIEUX J.

L'ulcère peptique post-opératoire. A propos de 80 observations.

Thèse Méd. Lyon, 1972, n°163

BLANC D.

"Anémie des pancréatites chroniques".

Vie Méd., 1973, 38, 863-872

BOSCHER A., GIRAUD B., PIGNIDE L.

Faux kystes du pancréas simulant une affection rénale.

J. Chir., 1974, 108, 221-228

BRADLEY E.L., CLEMENTS J.L.

Implications of diagnostic ultrasound in the surgical management of pancreatic pseudocysts.

Amer. J. Surg, 1974, 127, 163-173

BRIET S., FAVRE J.P., SGRO J.C., VIARD H.

Sténose extrinsèque de l'angle colique gauche par pancréatite chronique.

Lyon Chir., 1974, 70, 323-324

BROCQ P., MIGINIAC G.

Les pancréatites chroniques.
Rapport présenté au 39ème Congrès Français de Chirurgie.

Paris 1930

CATTEL R.B., WARREN K.W.

Surgery of the pancreas.

Saunders, London, 1954

CHAMPEAU M., PINEAU P., LEGER P.

Chirurgie du foie et des voies biliaires.

Flammarion, Paris, 1966.

CHILD C.G.

Radical one-stage pancreaticoduodenectomy.

Surg., 1948, 23, 492-500

CINQUALBRE J.

Essai sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement des pseudo-kystes du pancréas.

Thèse Méd. Strasbourg, 1974, n°226

CINQUALBRE J., CLERC G., SCHILTZ E., FORSTER E.

L'omentoportographie per-opératoire.

J. Chir., 1975, 109, 601-611

COOPERMAN A.M., SIVAK M.V., SULLIVAN B.H., HERMANN R.E.

Endoscopie pancreatography. Its value in preoperative and postoperative assessment of pancreatic disease.

Amer. J. Surg., 1975, 129, 38-43

DAVID M.

Les épanchements pleuraux survenant au cours des pancréatites chroniques.

Thèse Méd. Lyon, 1970, n°140

DELARUE J., LAUMONIER R.

Anatomie pathologique.

Flammarion, Paris, 1969

DENOIX P.F., CHANY A., LIGUORY C.

Intérêt du cathétérisme endoscopique de la papille dans les affections du pancréas.

Chirurgie, 1972, 98, 543-548

DE ROISSARD DE BELLET J.P.

Indications et résultats éloignés de la pancréatectomie gauche.

Thèse Méd. Lyon, 1968, n°129

DESCOS L., MINAIRE Y., AUDIGIER J.C., GRANTHIL C.

L'épreuve à la sécrétine - cholécystokinine dans les maladies du pancréas.

Lyon Méd., 1974, 231, 1049-1053

DESPRUNIER, GRAVIOU, MEYNAMDI.

Retentissement colique d'un faux kyste du pancréas.

Chirurgie, 1970, 96, 615-617

DOUBILET H., MULHOLLAND J.H.

Pancreatic cysts. Principles of treatment.

Surg. Gynecol. Obstet., 1953, 96, 683-692

DOUBILET H., MULHOLLAND J.H.

Surgical treatment of chronic pancreatitis.

J. Amer. med. Ass., 1961, 175, 177-182

DOUTRE L.P., PERISSAT J.

Réflexions sur une statistique de 104 interventions pour pancréatite chronique, faites en 10 ans (1962-1971).

Bordeaux Méd., 1973, 2, 225-228

DREILING D.A., NAQUI M.A.

Peptic ulcer diathesis in patients with chronic pancreatitis.

Amer. J. Gastroent., 1969, 51, 503-510

DUBARRY J.J., QUINTON A., BANCONS J., MONNIER A.

Pronostic des pancréatites chroniques traitées. A propos de 77 observations.

Bordeaux Méd., 1971, 12, 3641-3648

DU VAL M.K.

Caudal pancraetico-jejunostomy For chronic relapsing pancreatitis.

Ann. Surg., 1954, 140, 775-783

EVREUX M.

Etude comparée de l'évolution spontanée et post-opératoire des pancréatites chroniques.

Thèse Méd. Lyon, 1973, n°120

FORSTER E., ADLOFF M., CINQUALBRE J., WARTER P.

A propos de l'extension thoracique des pseudo-kystes du pancréas.

Chirurgie, 1974, 100, 596-605

FRANCILLON J., GRANDJEAN J.P., VIGNAL J., TISSOT E., MOULAY A.

Hémorragie artérielle dans l'évolution des pseudo-kystes pancréatiques.

Lyon chir., 1974, 70, 192-196

FRUHLING J., BALIKDJIAN D.

La scintigraphie pancréatique : technique, indications et résultats.

Acta gastro-ent. belg., 1974, 37, 488-502

GAUTIER-BENOIT C., LUEZ J., LHERMINE C., WURTZ A., HOUCKE M.

Duodéno-pancréatectomie céphalique et sténose du tronc coeliaque.

J. Chir., 1970, 99, 381-390

GAUTIER-BENOIT C., LUEZ J., LHERMINE C., PARIS J.C., WURTZ A., MORTIER J.

Rupture artérielle au cours de l'évolution des pseudo-kystes pancréatiques.

Ann. Chir., 1970, 24, 909-915

GRILL W.

Die Pankreatico-jejunostomie zur Behandlung der pankreaticolithiasis.

Bull. Soc. int. Chir., 1972, 2, 108-113

GROSDIDIER J., BOISSEL P., RICHAUME B., GUIBAL F.

Le traitement chirurgical des pancréatites chroniques primitives.

Lyon Chir., 1974, 70, 7-10

GUILLEMIN G.

La duodéno-pancréatectomie céphalique pour pancréatite chronique.

E.M.C. techniques chirurgicales
Appareil digestif 3 - 40880 A

GUILLEMIN G., VACHON A., GIRARD M., TOLOT F., VIARD H., LEVRAT R.

Deux cas de duodéno-pancréatectomie céphalique après pancréatectomie gauche pour lithiase pancréatique.

Rev. Méd. Dijon, 1969, 4, 59-63

GUILLEMIN G., CUILLERET J., MICHEL A., BERARD P., FEROLDI J.

Chronic relapsing pancreatitis. Surgical management including sixty-three cases of pancreaticoduodenectomy.

Amer. J. Surg., 1971, 122, 802-807

GUILLEMIN G., SALEMBIER Y.

Duodéno-pancréatectomie céphalique contre drainage externe et triple dérivation.

J. Chir., 1971, 101, 99-108

GULBIS A., CREMER M., ENGELHOLM A., PETERS J.P., DUMONT N., HERMANUS A.

La cholangio-wirsungographie rétrograde.

Ann. Gastroentérol. Hépatol., 1973, 9, 333-337

HASTINGS P.R., NANCE F.C., BECKER W.F.

Changing patterns in the management of Pancreatic pseudocysts.

Ann. Surg., 1975, 180, 546-551

HEPP J., HERNANDEZ C., MOREAUX J., BISMUTH H.

L'artériographie dans les affections chirurgicales du foie, du pancréas et de la rate.

Masson et Cie, Paris, 1968

HEPP J., MOREAU J., BISMUTH H.

Les complications spléniques des pancréatites chroniques.

Mem. Acad. Chir., 1969, 95, 244-251

HEULLY F., GAUCHER P., JEANPIERRE R., LAURENT J., WATRIN B.

Les pancréatites chroniques. Apport de la wirsungographie perduodénoscopique.

Nouv. Press. méd., 1973, 2, 2721-2727

HOUDARD C., MENAGE C.

Pancréatectomies.

E.M.C. Techniques chirurgicales.
Appareil digestif 3. 40880

HOUDARD C., MENAGE C.

Interventions pour pseudo-kystes et fistules pancréatiques.

E.M.C. Techniques chirurgicales.
Appareil digestif 3. 40885

HUTET B.

L'hypertension portale segmentaire dans les pancréatites chroniques.

Thèse Méd. Lyon, 1973, n°178

JACQUEMET P., LIOTTA D.

La duodénographie hypotonique. Exploration élective de l'ampoule de Vater et de la tête du pancréas.

Masson et Cie, Paris, 1963

KASUGAI T.

Recent advances in the endoscopic retrograde cholangio-pancreatography.

Digestion, 1975, à paraître.

LAFON M.

Le traitement chirurgical des pancréatites chroniques primitives.

Thèse Méd. Nancy, 1973, n°19

LAGADEC B., GATEAU P., CHAVY A., LIGUORY C.

Apport de la duodénoscopie dans le diagnostic des affections pancréatiques.
A propos de deux observations.

Chirurgie, 1972, 98, 549-552

LAMY J., MICHOTEY G., BRICOT R., ASSADOURIAN R., BONNEFON P.

Indications et résultats de la duodéno-pancréatectomie céphalique.

Marseille chir., 1970, 22, 35-42

LAMY J., BOURDE J., ASSADOURIAN R., DINTIMILLE H.

Hématome intra-pancréatique par rupture de l'artère splénique au cours d'une pancréatite.

Ann. Chir., 1973, 27, 803-806

LARDENNOIS B., FLAMENT J.B., HIBON J., RIVES J.

Indications du traitement chirurgical dans les pancréatites chroniques après gastrectomie.

Communication aux Journées Chirurgicales de Rennes - 9-10 mai 1975

LATASTE J., ROBIN B., CHARTON B.

A propos de soixante seize pancréatites chroniques traitées chirurgicalement.

J. Chir., 1972, 103, 35-44

LATASTE J., YON L., ARNAVIELHE J., DUMEE M.

La lithiase du canal de Wirsung.

J. Chir., 1974, 108, 409-422

LATREILLE R., BODIN J.P., LETOUBLON C.

Faux kyste du pancréas avec dysphagie et sténose du tronc coeliaque.

Lyon Chir., 1974, 70, 256-258

LEGER L., BREHANT J.

Traitement radical du cancer de la tête du pancréas.

Rapport présenté au 52ème Congrès Français de Chirurgie. Paris 1949

LEGER L., LENRIOT J.P., LEMAIGRE G.

L'hypertension et la stase portale segmentaires dans les pancréatites chroniques.

A propos de 126 cas examinés par spléno-portographie et spléno-manométrie.

J. Chir., 1968, 95, 599-608

LEGER L., PAGNIEZ G., LENRIOT J.P.

Dysphagie révélatrice d'une pancréatite chronique. A propos de deux observations de faux kystes médiastinaux.

J. Chir., 1970, 99, 217-234

LEGER L., LENRIOT J.P., LEMAIGRE G.

Pronostic à long terme des pancréatites chroniques opérées

Bull. Acad. Med., 1972, 156, 556-563

LEVRAT M., DESCOS C., MOULINIER B., PASQUIER J.

Evolution au long cours des pancréatites chroniques. A propos de 113 observations.

I. Etude de l'évolution spontanée.

Arch. franç. Mal. Appar. dig., 1970, 59, 5-18

LEVRAT M., DESCOS C., MOULINIER B., PASQUIER J.

Evolution au long cours des pancréatites chroniques.

II. Etude de l'évolution de la pancréatite chronique chez les malades opérés.

Arch. franç. Mal. Appar. dig., 1970, 59, 305-314

LUNDH G., DE NORDENSTAM H.

Pancreas calcifications and pancreas cancer.

Acta chir. scand., 1970, 136, 493-496

MAC CUNE W.S., SHORB P.E., MOSCOVITZ H.

Endoscopic cannulation of the ampulla of Vater. A preliminary report.

Ann. Surg., 1968, 167, 752-756

MACKIE J.A., RHOADS J.E., PARK C.D.

Pancreaticogastrostomy : A Finther evaluation.

Ann. Surg., 1975, 181, 541-545

MADDEN J.L.

Technique for pancreatico-duodenectomy.

Surg. Gynecol. Obstet., 1964, 118, 246-264

MALLET-GUY P., MERCADIER M.

Le traitement chirurgical des formations kystiques et pseudo-kystiques du pancréas.

Rapport présenté au 60ème Congrès Français de Chirurgie. Paris 1958

MALLET-GUY P., DE ROISSARD J.P.

La place des pancréatectomies dans les pancréatites chroniques.

Bull. Soc. int. Chir., 1972, 31, 114-120

MALLET-GUY P., DE ROISSARD J.P.

Statistique de soixante seize pancréatectomies gauches pour pancréatite.

Lyon Chir., 1974, 70, 11-20

MARQUAND J., GUIVARC'H M., BARBAS A.

Faux kystes traumatiques du pancréas. Interprétation physio-pathologique et son incidence thérapeutique.

Chirurgie, 1973, 99, 148-154

MATHEY B.

Résultats éloignés des duodéno-pancréatectomies céphaliques pour pancréatites chroniques lithiasiques.

Thèse Méd. Lyon, 1974, n°157

MERCADIER M.P., CLOT J.P., RUSSEL T.R.

Chronic recurrent pancreatitis and pancreatic pseudocysts.

Year Book Medical Publ. Inc., Chicago, 1973

MERCADIER M., CLOT J.P., CADY J., CALMAT A.

Les hémorragies digestives d'origine pancréatique canalaire ou cavitaire. A propos de onze observations personnelles.

Ann. Chir., 1974, 28, 461-474

MOHIUDDIN S., SAKIYALAK P., GULLICK H.D., WEBB W.R.

Stenosing lesions of the colon secondary to pancreatitis

Arch. Surg., 1971, 102, 229-231

MONJAUZE J.L.

L'hypertension portale segmentaire dans les pancréatites chroniques.

Thèse Méd. Dijon, 1974, n°41

PARC R., MALAFOSSE M., MARRE P., LOYGUE J.

Les pseudo-kystes au cours des pancréatites chroniques. Considérations anatomo-pathologiques et déductions thérapeutiques.
A propos de 36 formations enkystées.

Journées de St Antoine 1973.
G. DOIN, Paris, 1975

PATEL J., PATEL J.C., LEGER L.

Nouveau traité de technique chirurgicale. Voies biliaires extra-hépatiques - pancréas.

Masson et Cie, Paris, 1969

PHAN KIEU DONG., BELLANGER G., LEGER L.

Mécanisme de formation des calculs pancréatiques.

J. Chir., 1972, 103, 119-126

POILLEUX J., LICHTENSTEIN H.

Les pancréatites chroniques primitives. Place de la chirurgie dans le traitement actuel.

Conc. Med., 1975, 97, 1416-1426

PREMONT M., BELKAID A., LEGER L.

Le retentissement colique des pancréatites et pseudo-kystes du pancréas.

J. Chir., 1969, 97, 57-66

RAVEY M., MOUKTAR M.

Sténose de l'angle colique gauche secondaire à une pancréatite chronique.

J. Chir., 1973, 105, 553-560

RETTORI R.

Réintervention précoce pour hémorragie après kysto-jéjunostomie pour faux kyste du pancréas.

Chirurgie, 1971, 97, 775-776

RIBET M., QUANDALLE P., WURTZ A., LATREILLE J.P.

Hypertension veineuse mésentérique supérieure dans les pancréatites chroniques.

Chirurgie, 1971, 97, 273-282

RIBET M., PROST M., QUANDALLE P., WURTZ A.

Traitement chirurgical des pancréatites chroniques autonomes (A propos de cent quarante sept observations).

J. Chir., 1975, 110, 25-38

ROCK T., PORTA G.C., D'ALONZO U., GRAMAZIO P.

Notre expérience du traitement chirurgical de la pancréatite chronique.

Acta chir. Belg., 1972, 71, 153-169

ROSENBERG P.K., KAHN J.A., WALT A.J.

Surgical experience with pancreatic pseudocysts.

Amer. J. Surg., 1969, 117, 11-17

ROUX M., VAYRE P., SIMON P., KRON B.

Le facteur canalaire au cours des pancréatites chroniques.

J. Chir., 1972, 103, 321-334

SALEMBIER Y.

Traitement chirurgical des pancréatites chroniques par la triple dérivation totale pancréatico-bilio-digestive.

J. Chir., 1968, 96, 529-536

SANDBLOM P.

Gastrointestinal Hemorrhage through the pancreatic duct.

Ann. Surg., 1970, 171, 61-66

SARLES J.H., MERCADIER M.

Les pancréatites chroniques de l'adulte.

L'Expansion, Paris, 1960

SARLES H.

Pathogénie et distribution géographique des pancréatites chroniques.

Arch. franç. Mal. Appar. dig., 1972, 61, 512-514

SARLES H., SAHEL J.

Pancréatites chroniques calcifiantes.

Conc. Med., 1974, 96, 4490-4505

SATO T., SAITOH Y., NOTO N., MATSUNO K.

Appraisal of operative treatment for chronic pancreatitis. With special reference to side to side pancreaticojejunostomy.

Amer. J. Surg., 1975, 129, 621-628

SAUBIER E.C., PARTENSKY C., BRAULT A., RUSSO A., BARBE C.

Résultats des interventions d'exérèse dans le traitement de la pancréatite chronique.

Lyon Chir., 1974, 70, 21-26

SCHECTER L.M., GORDON H.E., PASSARO E.

Massive hemorrhage From the celiac axis in pancreatitis.

Amer. J. Surg., 1974, 128, 301-305

SHAFER R.B., SILVIS S.E.

Pancreatic pseudo-pseudocysts.

Amer. J. Surg., 1974, 127, 320-325

SMITH R.

Progress in the surgical treatment of pancreatic disease.

Amer. J. Surg., 1973, 125, 143-153

SOUPAULT R.

Les pancréatites chroniques.

Journées Françaises de gastro-entérologie.

Masson et Cie, Paris, 1965

STEFANINI P., CARBONI M., PATRASSI N., BENEDITTI-VALENTINI F.

Surgical treatment of chronic pancreatitis.

Amer. J. Surg., 1972, 124, 28-30

VACHON A., BARTHE J., BIZOLLON C.A., CHAMBAZ A., MAIRE H.

Exploration fonctionnelle du pancréas endocrine par l'épreuve d'insulinémie et d'hyperglycémie provoquées dans la lithiase pancréatique.

Lyon méd., 1972, 227, 813-817

VIARD H., MORIN A., DAVID M.

Les ruptures spontanées de la rate.

Ann. Chir., 1968, 22, 651-654

VIARD H., LATARJET M., GALY P., TOURAINE R., DAVID M.

Les épanchements pleuraux au cours de l'évolution des pancréatites chroniques.
A propos de trois observations personnelles.

Ann. Chir., 1971, 25, 1193-1202

WARREN K.W.

Surgical management of chronic relapsing pancreatitis.

Amer. J. Surg., 1969, 117, 24-32

WAY L.W., GADACZ T., GOLDMAN L.

Surgical treatment of chronic pancreatitis.

Amer. J. Surg., 1974, 127, 202-209

WHITE T.T., MURAT J.E.

Les pancréatites : étude clinique, expérimentale et thérapeutique.

L'expansion Scientifique, Paris, 1967

WHITE T.T., KEITH R.G.

Long term Follow-up study of fifty patients with pancreaticojejunostomy.

Surg. Gynecol. Obstet., 1973, 136, 353-358

WOLSTENHOLME J.T.

Major gastrointestinal hemorrhage associated with pancreatic pseudocyst.

Amer. J. Surg., 1974, 127, 377-381

TABLE DES MATIERES

- INTRODUCTION p 1

- DONNEES ETIOLOGIQUES p 4

- ETUDE CLINIQUE p 12

- BILAN BIOLOGIQUE p 22

- BILAN RADIOLOGIQUE p 25

- TRAITEMENT CHIRURGICAL p 36

. Les duodéno-pancréatectomies céphaliques p 37

. Les spléno-pancréatectomies gauches p 50

. Les anastomoses kysto-digestives p 60

. Les interventions diverses p 66

- COMMENTAIRES p 71

- CONCLUSIONS p 81

- BIBLIOGRAPHIE

COPIE 2000
19, rue Jeannin 21000 DIJON
Tél.(80) 32.93.40